

Prise en charge hygiéno-diététique du reflux gastro-oesophagien et de l'ulcère gastrique : revue systématique des guidelines

Travail de Bachelor

Erard Pauline et Monney Carmen

15863731 et 16871261

Directrice de TBSc: Mme Corinne Jotterand Chaparro – Diététicienne diplômée HES, Professeure HES, filière Nutrition & diététique, PhD

Membre du jury: Dr. Pascal Juillerat – Médecin-cadre, Service de Gastroentérologie, Hôpital de l'île

Genève, Juillet 2019



Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur-trice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seul-e-s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Juillet 2019

Erard Pauline & Monney Carmen

Table des matières

<i>Résumé</i>	6
<i>Glossaire</i>	7
<i>1. Introduction</i>	8
<i>2. Reflux gastro-œsophagien</i>	9
Définition	9
Épidémiologie	9
Causes	9
Symptômes	9
Conséquences et complications	10
Pronostic	10
Traitements	10
<i>3. Ulcère gastrique</i>	11
Définition	11
Épidémiologie	11
Causes	11
Symptômes	12
Complications	12
Diagnostic	12
Traitements	12
La prise en charge par les diététiciens :	13
<i>4. Définition de l'étude</i>	14
Buts	14
Objectifs	14
Question de recherche	14
<i>5. Méthodologie</i>	14
Type d'études	14
Stratégie de recherche	14
Mots-clefs	14
Sélection des articles	15
Critères d'inclusion	16
Critères d'exclusion	16
Évaluation de la qualité des articles	16

Extraction des données	17
Analyse des données	18
6. Résultats	18
Guidelines sélectionnés pour le RGO	18
Guidelines pour l'ulcère gastrique.....	19
Caractéristiques des guidelines sélectionnés	20
Qualité des guidelines.....	22
Qualité des guidelines incluses.....	22
Recommandations hygiéno-diététiques pour le RGO	23
Recommandations sur la gestion du poids.....	23
Recommandations sur le positionnement au lit	25
Recommandations sur l'éviction d'aliments	27
Recommandations sur l'éviction du tabac	31
Niveau de preuve et de recommandation des conseils liés aux aliments.....	32
Résultats généraux de l'influence des recommandations hygiéno-diététiques sur la gestion du RGO.	32
7. Discussion	33
Rappel des résultats de la recherche sur le RGO	33
Rappel des résultats de la recherche sur l'ulcère gastrique	33
Interventions nutritionnelles chez les patients souffrant de RGO.....	33
Recommandations sur la perte de poids.....	34
Recommandations sur le positionnement.....	34
Recommandations sur l'éviction d'aliments.....	35
Recommandations sur l'éviction du tabac :.....	35
Interventions nutritionnelles chez les patients souffrant d'ulcère gastrique	35
Limites et biais	36
Points forts.....	36
8. Perspectives	37
9. Conclusion.....	38
10. Remerciements.....	39
11. Références bibliographiques.....	40
12. Annexes.....	46
<i>Annexe 1 : Illustration des différentes couches de la muqueuse gastrique.....</i>	<i>47</i>
<i>Annexe II: Grille d'analyse qualité AGREE.....</i>	<i>48</i>
<i>Annexe III : Tableau Excel analyse qualité des guidelines.....</i>	<i>53</i>

<i>Annexe IV : Tableau d'extraction des données.....</i>	53
<i>Annexe V : Protocole du travail de Bachelor.....</i>	61

Résumé

Introduction : Les deux pathologies traitées dans ce travail de Bachelor, l'ulcère gastrique et le RGO sont fréquentes, notamment le RGO qui touche 20 à 40% de la population. La prise en charge hygiéno-diététique est principalement l'évitement de certains aliments. Des données scientifiques manquent tout de même à ce sujet. Dans ce contexte, le but de notre travail de Bachelor est de rechercher et analyser les guidelines concernant la prise en charge hygiéno-diététique de l'ulcère gastrique et du RGO.

But : Le but de notre travail de Bachelor est de recenser tous les guidelines existants sur la prise en charge nutritionnelle de ces deux pathologies et de les comparer afin de mettre en évidence un éventuel consensus.

Les résultats sont destinés principalement aux diététicien/ne/s, mais également aux divers professionnels de la santé.

Méthodologie : Ce travail de Bachelor est basé sur une revue de littérature. Notre recherche s'est effectuée sur quatre moteurs de recherche : Pubmed, Cinhal, Cochrane Library et Trip Database. Notre première recherche pour le RGO nous a donné un total de 391 articles et pour l'ulcère gastrique 292. Nous avons ensuite effectué une sélection via le titre puis après lecture des abstracts une seconde sélection a été effectuée. Le nombre de guidelines sélectionnés pour la réalisation de notre travail de Bachelor est de 15 pour le RGO et 0 pour l'ulcère gastrique. La qualité des guidelines sélectionnés concernant le RGO a ensuite été évaluée selon la Grille AGREE.

Résultats : Les résultats de l'évaluation de la qualité ont mis évidence que dix guidelines avaient une qualité positive, deux neutres et trois négatives. Les guidelines de qualité négative n'ont pas eu d'influence sur l'interprétation des résultats. La prise en charge du RGO a pu être classée selon quatre axes : la gestion du poids, le positionnement, l'évitement d'aliments et de tabac. Les guidelines sélectionnées soulignent un manque de preuve concernant l'impact d'une prise en charge hygiéno-diététique sur le RGO. La perte de poids, citée dans treize guidelines, est le conseil le plus mis en avant, afin de diminuer la pression sur le SIO. L'évitement d'aliments est cité dans treize guidelines et le tabac dans 8. L'éviction de certains aliments et de tabac est justifiée pour diminuer la pression sur le SIO.

Concernant les autres aliments, une adaptation selon la tolérance de chaque patient est à privilégier. Le quatrième axe, qui est le positionnement est cité dans douze guidelines parmi celles-ci, cinq soulignent une évidence faible des faits. Il est à noter qu'une surélévation de la tête du lit diminue le temps d'exposition de l'acidité dans l'œsophage.

Les résultats élargis concernant l'ulcère gastrique ont démontré une étroitesse avec les résultats du RGO. En effet, le temps d'exposition à l'acidité peut avoir un effet sur la perforation de la muqueuse.

Conclusion : Des mesures hygiéno-diététiques doivent être adaptées au cas par cas. Ces différentes règles nous amènent à recommander un suivi nutritionnel par un/e diététicien/n/e. Il est toutefois à noter que ces recommandations manquent de preuves scientifiques. Un manque de recherche est également à souligner concernant l'ulcère gastrique auquel nous n'avons trouvé aucun guideline sur la prise en charge nutritionnelle.

Perspective : Un futur travail de Bachelor pourrait être réalisé en ciblant les pratiques effectuées par les diététiciens de Suisse. Ceci permettrait de comparer les procédures actuelles à nos résultats obtenus.

Mots clés : RGO; ulcère gastrique; guidelines; prise en charge nutritionnelle; règles hygiéno-diététique

Glossaire

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

HP : Helicobacter pylori

IMC : Indice de masse corporelle

IPP : Inhibiteur de la pompe à protons

MHD : Mesures hygiéno-diététiques

RGO : Reflux gastro-œsophagien

SIO : Sphincter inférieur œsophagien

1. Introduction

Le reflux gastro-œsophagien est une pathologie à laquelle les diététicien/ne/s sont souvent confronté/e/s. En effet, cette pathologie touche 20 à 40% de la population et est souvent mise en lien avec le mode de vie, notamment les habitudes alimentaires (1).

Cette pathologie est définie comme une remontée du contenu gastrique dans l'œsophage. La cause première est l'incapacité du sphincter inférieur œsophagien (SIO) à retenir le contenu gastrique (2). Il peut aussi résulter d'une longue période de sonde gastrique ou d'une intervention chirurgicale affectant la barrière de reflux (3).

L'ulcère gastrique quant à lui, touche 0,2% de la population, mais ses complications ont un taux de mortalité de 10% (4). Cette pathologie est une destruction de la muqueuse de l'estomac provoquant de fortes douleurs. Elle est caractérisée par quatre stades qui seront détaillés plus bas. Ce déséquilibre des éléments de protection de la muqueuse peut être provoqué par une bactérie (*Helicobacter pylori*) ou la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) (2).

Le but de notre travail de Bachelor est de recenser tous les guidelines existants sur la prise en charge nutritionnelle de ces deux pathologies et de comparer les différentes recommandations, afin de mettre en évidence un éventuel consensus.

2. Reflux gastro-œsophagien

Définition

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) se rapporte à une incapacité du sphincter inférieur œsophagien (SIO) à refouler le contenu gastrique, de ce fait, il remonte dans l'œsophage (5). La pression normale du SIO est de 30mmHg. La diminution de sa tonicité se traduit par une pression inférieure à 10mm Hg (2). Ce phénomène se produit à l'état physiologique et devient pathologique lorsqu'il en découle des complications (2).

Dans 95% des cas, le RGO est acide, mais il peut être alcalin dans des cas plus rares. La gravité va dépendre du temps d'exposition et à la concentration en acide chlorhydrique et en pepsine. Ce sont les deux éléments les plus agressifs. La pepsine sert à scinder les chaînes d'acides aminés. Elle est produite par les muqueuses gastriques lors du processus de digestion (6).

L'acide chlorhydrique (HCl) est produit par les cellules pariétales (7). Son pH est en moyenne de 1 et sa quantité produite est d'environ 2L à 2,5L par jour (8). Ses rôles sont multiples comme l'activation du pepsinogène en pepsine, la destruction de certaines bactéries pour qu'elles ne pénètrent pas dans le tube digestif et la conversion glucides-glucose-fructose.

Épidémiologie

Le RGO est la plus courante des affections œsophagiennes (1). Cette maladie touche 20-40% de la population générale (1) et le RGO pathologique touche 7% de la population adulte suisse (5). Sa fréquence exacte est difficile à estimer précisément car les reflux peuvent être asymptomatiques. Après 5 ans d'évolution, le RGO est qualifié comme chronique (2).

Causes

Souvent le RGO est idiopathique, mais dans certains cas, l'hypotonie du sphincter inférieur œsophagien (du SIO) peut être corrélée à une hyper-pression dans l'abdomen, par exemple dans le cas d'une grossesse ou d'obésité (9).

En ce qui concerne l'obésité, il a été constaté que la prévalence du RGO augmentait dans les mêmes zones géographiques où augmente la prévalence d'obésité ; les États-Unis, l'Europe de l'Ouest, l'Asie ou encore l'Australie (10 ; 11). Ainsi, une étude a montré qu'un tiers des patients souffrant d'obésité sont touchés par le RGO. Les patients les plus à risque sont les femmes et les personnes ayant une obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40kg/m² (12).

La hernie hiatale (13) et la prise de médicaments diminuant l'efficacité du SIO, comme la progestérone (14) ou encore certains traitements des maladies cardio-vasculaires, peuvent aussi provoquer le RGO (1 ; 5).

La consommation de tabac et d'alcool est souvent citée comme des facteurs favorisant le RGO. Une sonde gastrique posée sur le long terme peut aussi être une cause potentielle (3).

Symptômes

Les symptômes courants du RGO sont le pyrosis et les régurgitations (2 ; 7 ; 15). Le pyrosis se caractérise par une sensation de brûlure rétro-sternale ascendante (1). Ce phénomène est dans bien des cas amplifié par l'hyper-pression abdominale (grossesse, obésité (16)) et/ou dans la position de décubitus dorsal (2). 80% des patients souffrent de symptômes nocturnes, ce qui altère le sommeil (17). La spécificité de ce symptôme est de 90%, mais la sensibilité est médiocre (2).

Les régurgitations acides sont définies par la remontée du contenu gastrique acide dans l'œsophage et la bouche (2). La sévérité des symptômes n'est pas corrélée à la gravité des lésions de l'œsophage : un RGO asymptomatique peut avoir de sévères conséquences. D'autres symptômes moins caractéristiques peuvent être liés au RGO, comme des douleurs épigastriques, des éructations, des nausées ou encore un hoquet (2 ; 7).

Conséquences et complications

Le RGO est une maladie généralement bénigne et chronique (2). La complication la plus fréquente est l'œsophagite qui peut se compliquer en hémorragie digestive, en ulcère de l'œsophage, en sténose œsophagienne peptique par sclérose inflammatoire de la paroi entraînant une rétraction et un raccourcissement de l'œsophage ou encore en Endobrachyoesophage, plus connu sous le nom d'œsophage de Barrett (4). Il est possible qu'aucune de ces complications ne survienne malgré un long passé de reflux. Toutefois, le RGO peut aussi se manifester de manière atypique. Nous avons regroupé les manifestations atypiques du RGO dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : manifestations atypiques du RGO

Manifestations atypiques du RGO (2)		
Manifestations ORL et stomatologiques	Manifestations pulmonaires	Manifestations cardiaques
Pharyngite chronique Paresthésie pharyngée Laryngospasme Otalgies Granulome des cordes vocales Érythème et oedèmes inter-aryténoïdiens Laryngite chronique Gingivites Caries dentaires à répétition Dysphagie / odynodysphagie	Dyspnée asthmatiforme Toux chronique nocturne ou post-prandiale Pneumopathie d'inhalation Apnées obstructives nocturnes Asthme extrinsèque, d'apparition tardive, sans facteur allergique retrouvé	Douleur pseudo-angineuses Douleurs thoraciques rétrosternales

Pronostic

Le RGO est une affection bénigne et les complications sont souvent liées à l'œsophagite. Un traitement médicamenteux est suffisant en cas d'œsophagite légère à modérée (5). Le traitement médicamenteux permet toujours une évolution favorable, mais des récidives peuvent apparaître à l'arrêt. Si l'œsophagite est sévère, des examens de contrôle sont nécessaires pour assurer la cicatrisation des lésions (5). Seul 1-5% des patients ayant une œsophagite ont des complications sévères (2). En cas d'œsophage de Barrett, qui peut entraîner des lésions précancéreuses, des examens de contrôle sont nécessaires (5).

Traitements

Quatre types de traitement sont utilisés dans le cadre de RGO (5), à savoir les traitements médicamenteux, chirurgicaux, endoscopiques et hygiéno-diététiques.

Les médicaments incluent :

- les anti-acides sous forme de gel, de sirop, de poudre pour neutraliser le contenu acide de l'estomac
- les alginates pour protéger la muqueuse de l'œsophage
- les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) pour diminuer la sécrétion acide de l'estomac (5)

Le traitement chirurgical consiste en réaliser un montage dit « anti reflux » comme l'opération de Nissen, ce qui permet la réduction du risque éventuel de hernie hiatale (18).

Les traitements endoscopiques sont la radiofréquence (19), les injections de polymères dans le sphincter du bas œsophage ou encore la suture partielle du bas œsophage (20).

Les recommandations hygiéno-diététiques recommandées par la « Société Nationale Française de Gastro-entérologie » sont les suivantes (7) :

- éviter les repas trop gras, trop copieux, l'abus d'alcool, de café et de boissons gazeuses
- en cas de surcharge pondérale, perdre du poids

3. Ulcère gastrique

Définition

L'ulcère gastrique est une destruction de matière de la muqueuse et de la sous-muqueuse de l'estomac après attaque de la couche protectrice par le suc gastrique formant une lésion de la paroi. Il existe quatre stades selon l'évolution de l'ulcère (1 ; 21) :

- stade 1 : les lésions sont superficielles et ne sont pas assez profondes pour atteindre la musculaire muqueuse.
- stade 2 : l'ulcère traverse la musculaire muqueuse et touche la sous-muqueuse.
- stade 3 : l'ulcère touche la musculuse
- stade 4 : l'ulcération atteint la couche séreuse après avoir traversé la musculuse.

Une illustration des différentes couches de la muqueuse gastrique est disponible en annexe I.

Il existe différents types d'ulcères (2) :

- l'ulcère circulaire : c'est une perte de substance en forme arrondie ou ovale, profonde et taillée en entonnoir.
- l'ulcère linéaire : constaté lors de la cicatrisation, il peut-être horizontal ou vertical.
- les ulcères multiples : peuvent être logés n'importe où dans l'estomac et se présentent en lignes

Épidémiologie

Cette pathologie touche 0,2% de la population. Ce chiffre régresse depuis quelques années. Le taux de mortalité pour les complications d'ulcères de l'estomac est de d'environ 10% (2).

Causes

Les causes de l'ulcère gastrique résultent d'un déséquilibre entre les facteurs de protection de la muqueuse gastrique, comme le mucus et le bicarbonate et des facteurs d'agression comme la sécrétion d'acidité gastrique (22 ; 23). Les causes principales du déséquilibre sont *Helicobacter pylori* (Hp) et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (2).

L'Hp est une bactérie qui va modifier les mécanismes de défense par une production protéine cytotoxique et stimulera la production de cytokines pro-inflammatoires de l'estomac (24 ; 25). De plus, l'Hp va accroître les facteurs d'agression par l'augmentation de la production d'acide gastrique (26).

L'ulcère gastrique par colonisation d'Hp est lié à des facteurs génétiques et environnementaux. La transmission d'Hp se fait uniquement entre humains et principalement lors de la période de l'enfance (27).

Les AINS sont des médicaments généralement utilisés en cas d'inflammation, douleurs et fièvre, qui inhibent les cyclo-oxygénases (Cox-1). La Cox-1 a une action de protection de la muqueuse en augmentant la production de mucus (28).

Il existe encore d'autres affections plus rares qui peuvent causer des ulcères gastriques comme le syndrome de Zollinger-Ellison, une sténose pyloro-duodénale, une hyperparathyroïdie, une insuffisance rénale chronique, une pancréatite chronique alcoolique et les corticoïdes à haute dose (1).

Symptômes

Les symptômes de l'ulcère gastrique sont des douleurs et crampes gastriques lors des prises alimentaires et des phases de digestion. Cela le dissocie de l'ulcère duodénale où la nourriture, dans l'immédiat, soulage les symptômes (29). Ces symptômes sont parfois accompagnés de nausées et vomissements ainsi que de ballonnements post-prandiaux et éructation excessive. (2)

Complications

Un ulcère gastrique qui n'a pas été traité peut réapparaître ou mal cicatriser. Les complications possibles sont (30 ; 31) :

- l'hémorragie digestive : le sang s'introduit dans le tube digestif se retrouvant dans les selles provoquant une coloration noire. En cas de fortes hémorragies, des vomissements sont perçus, il s'agit de la complication la plus fréquente
- la perforation ulcéreuse, provoquant de fortes douleurs abdominales
- la sténose ulcéreuse : constitution de socles fibreux provoquant une gêne à l'évacuation gastrique
- l'extension de la lésion avec risque de perforation de la paroi
- la péritonite
- la transformation cancéreuse : le risque est faible.

Diagnostic

L'ulcère peut être révélé par des douleurs typiquement ulcéreuses : des douleurs rythmées par l'alimentation et par poussées. Il peut également être révélé par des douleurs atypiques et par certaines de ses complications. Si l'ulcère est latent, il peut être découvert par endoscopie. Lorsqu'il y a suspicion d'ulcère gastrique, une fibroscopie oeso-gastro-duodénale est pratiquée. Cet examen a une sensibilité de 95%. Suite à cela un prélèvement sera effectué pour connaître la nature de l'ulcère (1 ; 7).

Traitements

Il existe plusieurs types de traitements pour traiter l'ulcère gastrique. Les traitements médicamenteux ont pour but d'aider à cicatriser la paroi gastrique ou d'éradiquer l'Hp, les recommandations hygiéno-diététiques ont pour but de soulager les symptômes et dans certains cas rares, la chirurgie peut être utilisée pour suturer l'ulcère (32 ; 33).

Les traitements médicamenteux sont (31 ; 34 ; 35) :

- les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), comme l'oméprazole ou le pantoprazole
- l'antibiothérapie contre l'Hp, comme l'amoxicilline ou la clarithromycine
- les anti-histaminiques H2, pour diminuer la sécrétion d'acidité

Lors d'ulcère gastrique provoqué par prise d'anti-inflammatoire, la prescription sera une éviction des médicaments concernés.

La prise en charge par les diététiciens :

La médication est le traitement principal et le plus mis en avant dans la prise en charge de l'ulcère gastrique et du RGO. Il est difficile de trouver des protocoles de prise charge hygiéno-diététique concernant ces pathologies. Ce type d'outil manque pour faciliter la pratique des diététiciens. De ce fait, le but de notre travail est de rechercher et synthétiser toutes les recommandations hygiéno-diététiques pour la prise en charge du RGO et de l'ulcère gastrique.

4. Définition de l'étude

Buts

Le but de notre travail est de regrouper les différentes recommandations nutritionnelles concernant le RGO et l'ulcère gastrique et d'en ressortir les points clefs afin de proposer un consensus sur la prise en charge nutritionnelle des patients souffrant d'une de ces pathologies.

Objectifs

Nos objectifs sont :

- effectuer une recherche de littérature
- analyser la qualité des articles sélectionnés
- analyser les données obtenues
- faire une synthèse des recommandations sur la prise en charge nutritionnelle de ces deux pathologies
- mettre en évidence les recommandations nutritionnelles efficaces dans la prise en charge du reflux gastro-œsophagien et de l'ulcère gastrique
- faciliter la prise en charge des patients souffrant de reflux gastro-œsophagien et d'ulcère gastrique en synthétisant les recommandations nutritionnelles

Question de recherche

Notre question de recherche est : « Reflux gastro-œsophagien et ulcère gastrique : quelles recommandations de prise en charge nutritionnelle ? »

5. Méthodologie

Type d'études

Deux revues systématiques de la littérature ont été effectuées pour répondre à nos questions de recherche. Les articles retenus devaient être obligatoirement des guidelines. Le choix de sélectionner uniquement des guidelines est basé sur le fait que ce sont des publications reflétant des consensus ou des divergences en fonction du niveau de preuve des études (36). Ce type de publication permet donc de mettre en évidence rapidement les recommandations pour la prise en charge de maladies ainsi que leur niveau de preuve.

Stratégie de recherche

Ce chapitre aborde les différentes étapes ayant permis de trouver les guidelines. La recherche a été faite du 30 octobre 2018 au 5 mai 2019 sur les bases de données Pubmed via Medline, Cinahl, Cochrane Library et Trip Database ainsi que sur les sites internet des sociétés savantes de la Haute Autorité de Santé (HAS), European Society for Clinical nutrition and Metabolism (ESPEN) et la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM).

Mots-clefs

Les mots clefs suivants ont été utilisés pour trouver les articles correspondants à notre recherche :

pour l'ulcère:

- stomach Ulcer OR Gastric Ulcer Or Peptic Ulcer
- diet Therapy
- management
- lifestyle

pour le RGO:

- gastroesophageal reflux disease
- diet therapy
- management
- lifestyle

Nous avons utilisé des Medical Subject Headings (Mesh Terms) ainsi que des termes libres “all fields” afin d’élargir le nombre de résultats.

Les tableaux ci-dessous (tableaux 2 et 3) reprennent les différentes équations de recherche et filtres utilisés dans chaque base de données pour les deux pathologies étudiées.

Tableau 2 : Mots-clefs et filtres utilisés dans les bases de données pour le RGO

Bases de données	Mots-clefs	Filtres
Pubmed	Gastroesophageal reflux disease [Mesh Terms] Diet Therapy [All fields] OR Therapy [All fields] OR Lifestyle [All fields]	Guidelines English French
Cinhal	Gastroesophageal reflux disease [Mesh Terms] Diet Therapy [All fields] OR Therapy [All fields] OR Lifestyle [All fields]	
Cochrane Library	Gastroesophageal reflux disease [Mesh Terms] Management [All fields] Guidelines [All fields]	-
Trip Database	Gastroesophageal reflux disease	Guidelines

Tableau 3: Mots-clefs et filtres utilisés dans les bases de données pour l’ulcère gastrique

Bases de données	Mots-clefs	Filtres
Pubmed	Stomach Ulcer [Mesh Terms] Diet Therapy [All fields] OR Therapy [All fields] OR Lifestyle [All fields]	Guidelines English French
Cinhal	Peptic Ulcer [Mesh Terms] Diet Therapy [All fields] OR Therapy [All fields] OR Lifestyle [All fields]	
Cochrane Library	Stomach Aches Management [All fields] Guidelines [All fields]	-
Trip Database	Stomach Ulcer	Guidelines

Sélection des articles

Dans un premier temps, nous avons sélectionné les guidelines sur la base de leur titre et de leur abstract. Lorsque nos critères d’inclusion étaient respectés, l’article était inclus et, au contraire, si l’article ne répondait pas à nos critères d’inclusion ou comportait des critères d’exclusion, il était éliminé.

Dans un deuxième temps, nous avons sélectionné les articles en les lisant en entier. Cette étape a permis de nous assurer qu'il s'agissait bien de guidelines, lorsque ce n'était pas mentionné dans le titre. Cela a aussi permis de certifier que les recommandations comprenaient des indications de prises en charge hygiéno-diététiques. Lorsque ce n'était pas le cas, l'article était exclu. Un schéma PRISMA récapitulatif de cette étape sera présenté au chapitre "Résultats".

Critères d'inclusion

Type de publication : seuls les guidelines ont été retenus, aucune limite géographique par rapport à la provenance des recommandations n'a été définie.

Population : ont été incluses les guidelines destinées à la prise en charge de patients adultes.

Intervention : tous les guidelines exprimant un avis sur les conseils hygiéno-diététiques ont été inclus, ainsi que les guidelines centrés sur la prise en charge médicale au sens large et non spécifique à la thérapie diététique.

Langues : seuls les articles en anglais et en français ont été retenus.

Date : aucun critère concernant la date de publication n'a été établi afin d'inclure un maximum de recommandations.

Critères d'exclusion

Nous avons décidé de garder les dernières guidelines parues d'une même société et d'exclure les plus anciennes car nous avons constaté après lecture des articles en entier, que les recommandations hygiéno-diététiques ne changeaient pas d'une année à l'autre.

Les guidelines qui ne contenaient pas d'indications sur la gestion des facteurs hygiéno-diététiques ou qui étaient spécifiques aux traitements chirurgicaux ou endoscopiques ont aussi été exclus. Enfin, les guidelines pédiatriques n'ont pas été sélectionnés car ils ne concernent pas la population que nous souhaitons étudier et que les recommandations pour les patients pédiatriques ne sont pas transférables aux patients adultes.

Évaluation de la qualité des articles

En dernier lieu, nous avons analysé la qualité de nos guidelines en utilisant la grille AGREE de l'HAS (Annexe II). Cette grille est adaptée spécifiquement à l'analyse des guidelines, en étudiant six domaines et comportant au total 23 questions.

Nous avons, chacune de notre côté, noté les guidelines, puis nous avons comparé nos résultats. Le tableau récapitulatif de notre analyse est disponible en annexe III.

Le pourcentage maximum d'écart entre nos résultats qui n'entraînerait pas de discussions a été établi à 20%.

Si nos pourcentages respectifs excédaient la limite définie, nous regardions le détail des notes, afin de nous mettre d'accord sur une note commune. À la fin de cette mise en commun, nous avons pu attribuer une note finale à chaque guideline, sous forme de pourcentages. La grille AGREE n'indique pas quels seuils permettent de déterminer si un guideline est de bonne, de moyenne ou de mauvaise qualité. Elle laisse son utilisateur en juger de lui-même. Nous avons alors regardé les pourcentages globaux des guidelines. Trois sur quinze avaient une note inférieure à 50%. Nous avons alors déterminé quel(s) domaine(s) faisait descendre la note finale, et en fonction, nous avons distribué les études dans trois groupes : les études de qualité positive, que nous avons représenté par un "+", les études de qualité moyenne, que nous avons représenté par un "=" et les études de qualité négative que nous avons représentées par un "-". Les résultats de cette analyse de la qualité seront détaillés au chapitre « Résultats ». Nous avons accordé une haute importance au domaine trois qui concerne la rigueur d'élaboration. Cet élément est, selon nous, primordial car il permet de s'assurer que les guidelines ont été élaborés en suivant une méthodologie précise. L'élément « champ et objectif » a également été mis en avant car il aborde la précision des sujets abordés dans les articles.

Nous avons également accordé une importance particulière à l'élément « Applicabilité » car nous estimons qu'une guideline de qualité doit être applicable sur le terrain.

Tableau 4 : Domaines d'évaluation de la grille AGREE

Domaine	Nombre de questions	Sujet du domaine	Importance en %
1	3	« Champ et objectifs » 1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement 2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement. 3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.	15%
	3	« Participation des groupes concernés » 4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés. 5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées. 6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.	10%
3	8	« Rigueur d'élaboration » 7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques 8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits. 9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies. 10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites. 11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations. 12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent. 13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication. 14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.	40%
4	3	« Clarté et présentation » 15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté. 16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées. 17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.	10%
5	4	« Applicabilité » 18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles. 19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique. 20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées. 21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.	15%
6	2	« Indépendance éditoriale » 22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC. 23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.	10%

Extraction des données

Une fois la sélection des guidelines terminée, nous avons décrit leurs caractéristiques dans un tableau récapitulatif qui sera présenté au chapitre "Résultats", afin d'avoir une vision d'ensemble sur les différentes études, et en particulier sur la qualité.

Après lecture des guidelines, les données utiles pour répondre à notre question de recherche ont été extraites dans un tableau (annexe IV). Les variables que nous avons extraites étaient toutes les recommandations hygiéno-diététiques présentes dans les guidelines ainsi que les commentaires généraux sur les niveaux de preuves attribués à ce type de recommandation. Nous avons toutes les deux procédé à l'extraction des données, séparément dans un premier temps, puis une comparaison a été faite pour s'assurer que nous avions recueilli toutes les données. La comparaison a permis de mettre en évidence certaines données qui avaient été oubliées et de discuter des erreurs d'interprétation ou de traduction car tous nos guidelines étaient en anglais.

Analyse des données

Après avoir extrait les données, nous les avons classées dans quatre tableaux, chacun représentant un axe de prise en charge nutritionnelle. Nous avons ensuite analysé les variables pour chaque axe, puis comptabilisé combien de fois elles ressortaient, afin de mettre en évidence un éventuel consensus.

6. Résultats

Guidelines sélectionnés pour le RGO

Les recherches menées sur les bases de données électroniques ont permis d'identifier 391 articles potentiellement éligibles. Après lecture du titre et de l'abstract des articles, nous en avons retenu trente-trois. Nous avons ensuite éliminé les treize doublons, et avons lu entièrement les vingt articles restants. À la suite de la lecture, nous avons éliminé huit articles qui ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion. Parmi ceux-ci, quatre étaient des versions antérieures de guidelines et n'apportaient pas d'éléments nouveaux par rapport à la dernière version (37 ; 38 ; 39 ; 40). Les quatre articles restants n'étaient pas des guidelines (41 ; 42 ; 43 ; 44). Enfin, nous avons passé en revue les bibliographies des douze articles sélectionnés et nous avons pu intégrer trois autres guidelines (45 ; 46 ; 47). Au total, nous avons donc retenu 15 guidelines sur la prise en charge du RGO. La figure 1 illustre les différentes étapes de la sélection des articles.

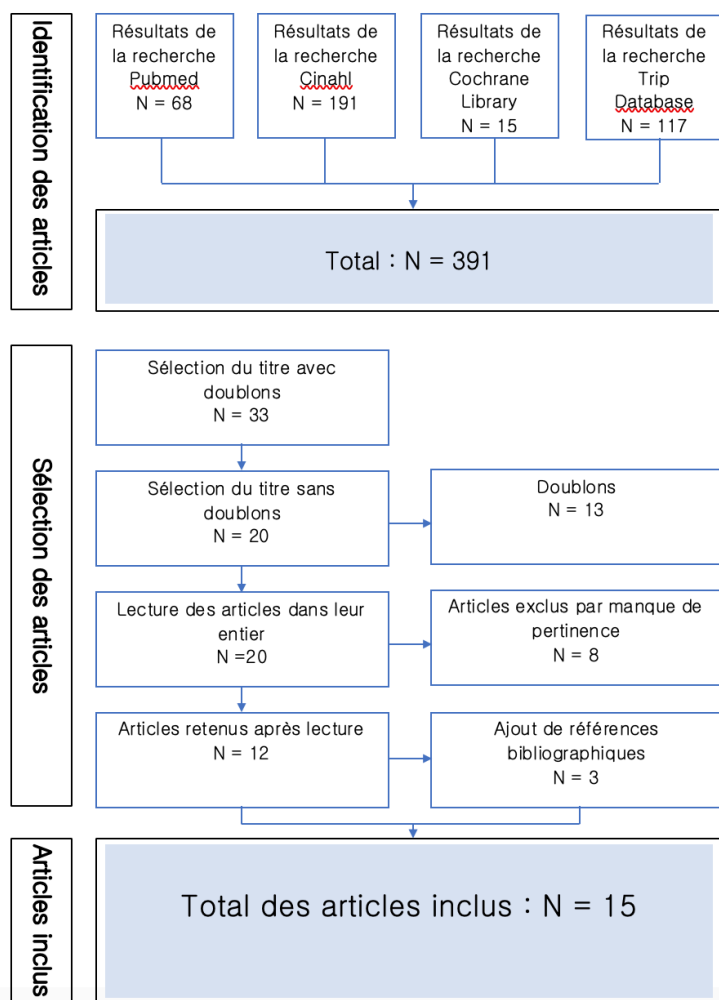


Figure 1 : Résultats de la sélection des articles sur le RGO

Guidelines pour l'ulcère gastrique

Suite à notre recherche, nous avons identifié 292 articles qui correspondaient à notre équation de recherche. Après lecture du titre et de l'abstract, nous avons retenu trente articles. Nous avons ensuite exclu sept doublons et lu entièrement les vingt-trois articles restants. Après lecture, nous n'avons pas pu inclure d'articles, car aucun n'établissait de recommandation sur la prise en charge nutritionnelle de l'ulcère gastrique. Notre question de recherche restera donc sans réponse. Nous en discuterons dans le chapitre "Discussion". La figure 2 illustre les différentes étapes de la sélection des articles.

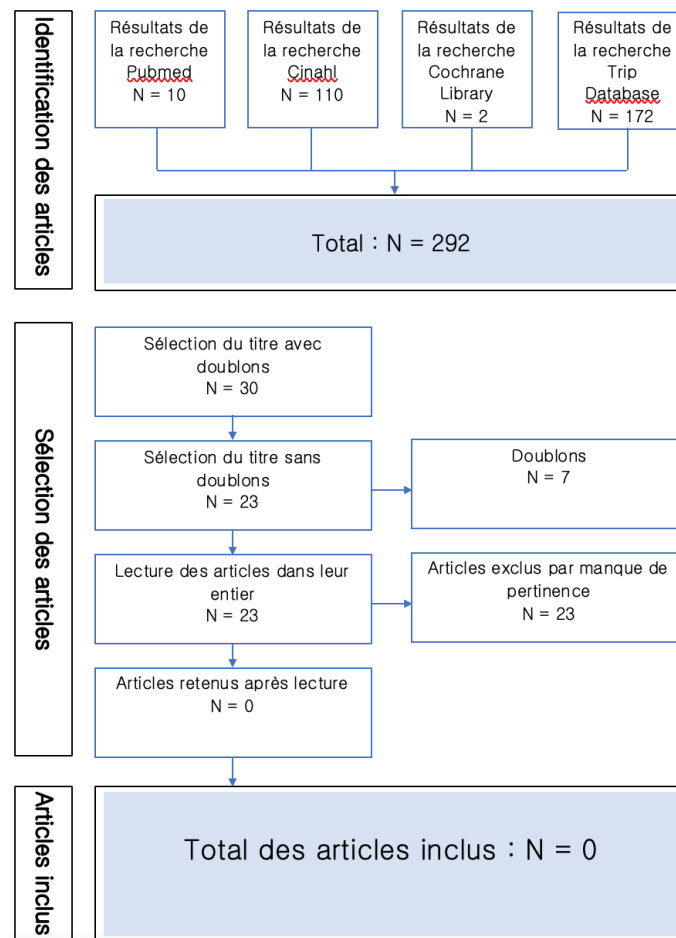


Figure 2 : Résultats de la sélection des articles sur l'ulcère gastrique

Caractéristiques des guidelines sélectionnés

Nous avons donc sélectionné quinze guidelines qui traitent du RGO. Aucune de ces guidelines n'est spécifique au traitement nutritionnel du RGO, mais chacun intègre une recommandation ou une discussion sur les facteurs non-pharmacologiques pouvant influencer le RGO. La majorité de ces guidelines sont nord-américaines (45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 50 ; 51), deux sont australiennes (52 ; 53), deux sont asiatiques (54 ; 55), une est brésilienne (56), une est pakistanaise (57), une est européenne (58) et enfin une est mondiale (59).

Nous avons résumé les caractéristiques principales de ces études dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Caractéristiques des guidelines incluses dans cette revue

Auteurs et Date	Code	Titre	Pays d'origine	Qualité
EAES: Karl Hermann Fuchs And Al. 2014 (58)	G1	Recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease	Europe (Allemagne, France, Pays-Bas, Hongrie, Autriche, Italie, Royaume-Uni)	+
Philip O. Katz And Al. 2013 (45)	G2	Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease	Etats-Unis	+

University of Medicine Michigan 2013 (46)	G3	Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	États-Unis	+
Toward optimized Practice 2009 (47)	G4	Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) In Adults - clinical practice guideline	Canada	-
AGA institute 2008 (48)	G5	American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease	Etats-Unis	+
GESA 2011 (52)	G6	Gastro-oesophageal Reflux Disease in Adults	Australie	+
Brazilian Medical Association 2010 (56)	G7	Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease: an evidence-based consensus	Brésil	+
Amercican College of Gastroenterology (ACG) 2013 (49)	G8	Updated Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease	États-Unis	+
Digestive Health Foundation of The Gastroenterological Society of Australia 2002 (53)	G9	Gastro-oesophageal reflux disease in adults: Guidelines for clinicians	Australie	+
Brian Fennerty And Al. 1996 (50)	G10	The diagnosis and treatment of Gastroesophageal Reflux diseases in a Managed Care Environnement	Etats-Unis	=
WGO Guideline 2017 (59)	G11	GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease	Royaume-Uni, Canada, Australie, Ghana, Éthiopie, Inde, Chine, etc.	=
The Japanese Society of Gastroenterology 2015 (54)	G12	Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease	Japon	+
Canadian Consensus Conference 2004 (51)	G13	Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults update 2004	Canada	+
Kwong Ming Fock and al. 2016 (55)	G14	Asia-Pacific consensus on the management of gastro-esophageal reflux disease: an update focusing on refractory reflux disease and Barrett's oesophagus	Asie	=
Saad Khalid Niaz and al. 2015 (57)	G15	Guidelines on gastroesophageal reflux disease	Pakistan	-

Qualité des guidelines

Lorsque les notes n'étaient pas satisfaisantes, c'est-à-dire inférieurs à 50% ou entre 50-60% nous avons regardé le détail des scores des domaines de la grille qualité, pour mettre en évidence ceux qui faisaient baisser la note.

Qualité des guidelines incluses

Trois des guidelines analysées avaient une note inférieure à 50%: le G4, le G14 et le G15. Nous avons donc classifié le détail des notes obtenues à chacun des six domaines dans le tableau 6 ci-dessous afin de déterminer lesquels faisaient baisser la note totale. Comme expliqué au chapitre « Méthodologie », nous avons accordé plus d'importance au domaine 3 qui concerne la qualité méthodologique. Suite à cette analyse, nous avons jugé que les guidelines 4 et 14 étaient de qualité négative car leur note au domaine 3 était inférieure à la moyenne (50%). En ce qui concerne le guideline 15, nous l'avons jugée comme neutre, étant donné que son score arrondi au domaine 3 était égal à la moyenne. Nous avons aussi regardé en détail les guidelines dont les notes se situaient entre 50 et 60%. Cela concernait cinq guidelines: le G1, le G7, le G8, le G10 et le G11. La qualité du guideline 1 a été jugée comme positive car nous accordions moins d'importance aux domaines pour lesquels ses résultats étaient inférieurs à 50%; idem pour la guideline 7 et la guideline 8. Les deux guidelines restantes, la G10 et la G11, ont été classifiées comme neutres car leur note au domaine trois n'était pas satisfaisante.

Tableau 6 : présentation de la qualité des études par domaines selon la grille AGREE (Annexe 2)

Note obtenue par domaine	domaine 1	domaine 2	domaine 3	domaine 4	domaine 5	domaine 6	total	Qualité
G1	89%	50%	66%	58%	42%	38%	57%	+
G2	92%	78%	53%	100%	57%	54%	72%	+
G3	56%	47%	56%	100%	52%	62%	62%	+
G4	80%	42%	24%	95%	48%	8%	49%	-
G5	83%	67%	73%	97%	52%	33%	67%	+
G6	95%	56%	31%	94%	38%	58%	62%	+
G7	86%	50%	67%	83%	46%	21%	59%	+
G8	83%	61%	64%	91%	39%	17%	59%	+
G9	83%	70%	25%	97%	52%	42%	61%	+
G10	89%	53%	26%	91%	58%	34%	58%	=
G11	75%	56%	36%	91.5%	50%	17%	54%	=
G12	94%	72%	64%	94%	61%	67%	75%	+
G13	91%	61%	72%	70%	50%	63%	68%	+
G14	67%	34%	46%	56%	25%	38%	44%	=
G15	67%	56%	30%	72%	23%	13%	43%	-

+ : guidelines de bonne qualité

= : guidelines de qualité moyenne

- : guidelines de mauvaise qualité

Recommandations hygiéno-diététiques pour le RGO

Dans les guidelines inclus, quatre axes principaux ressortaient en ce qui concerne les recommandations hygiéno-diététiques pour la gestion du RGO : les recommandations sur la gestion du poids, les recommandations sur le positionnement au moment du coucher et enfin les recommandations sur l'éviction d'aliments et l'éviction de tabac. Nous avons donc séparé nos résultats en quatre tableaux, un pour chacun de ces thèmes

Recommandations sur la gestion du poids.

Le tableau 7 ci-dessous regroupe les recommandations des différentes guidelines concernant la gestion du poids. Deux guidelines (G8; G13) n'ont pas émis de recommandations à ce sujet.

Tableau 7 : Recommandations concernant la gestion du poids

Guideline	Recommandations sur la perte de poids	Qualité
1	Des données récentes suggèrent qu'un IMC élevé est un facteur de risque indépendant pour le développement du RGO et l'efficacité clinique du traitement médicamenteux semble être influencée par le surpoids / obésité des patients. La perte de poids ou l'évitement d'une prise pondérale devraient être considérés pour réduire le risque de RGO et obtenir un meilleur résultat du traitement antiacide.	57%
2	La perte de poids est recommandée pour les patients en surpoids ou qui ont eu un gain de poids récent (évidence modérée). Forte recommandation pour les patients avec un IMC > 25 ou avec un gain de poids récent.	72%
3	La perte de poids est recommandée dans le traitement du RGO.	62%
4	Les patients devraient être conseillés par rapport à la perte de poids s'ils sont en surpoids.	49%
5	La perte de poids devrait être conseillée chez les patients en surpoids ou obèses (grade B : recommandé avec des preuves suffisantes)	67%
6	La perte de poids peut être utile pour contrôler les symptômes chez certains patients.	62%
7	Un IMC ≥ 25 est un facteur de risque pour le RGO érosif. La perte de poids améliore les reflux post-prandiaux et diminue le temps de pH < 4.	59%
9	L'obésité est un facteur de risque pour le reflux, cependant, l'amélioration des symptômes après une perte de poids est variable. Malgré tout grâce aux effets bénéfiques sur la santé, la perte de poids chez les patients obèses devrait être encouragée, mais le traitement ne devrait pas être centré uniquement sur cela.	61%
10	La perte de poids pourrait diminuer le reflux lié au stress.	58%
11	L'augmentation des symptômes de reflux touche les personnes qui prennent du poids. Un BMI élevé est associé à une augmentation du risque de RGO. Il y a une relation entre obésité et RGO. Un BMI ou un tour de taille plus élevé ou un gain de poids sont associés avec la présence de symptômes et les complications du RGO, y compris l'oesophage de Barrett. La perte de poids chez les patients en surpoids ou obèses est associée avec une amélioration du RGO. La perte de poids contrôlée chez les patients obèses ou en surpoids est une part importante du traitement à long terme du RGO et ne devrait pas être ignorée comme elle peut réduire la fréquence et l'intensité des symptômes et diminuer la gravité de l'œsophagite érosive si elle est présente.	54%
12	La perte de poids réduit la durée de l'exposition œsophagienne à l'acidité et améliore les symptômes de reflux.	75%
14	La réduction du poids chez les patients en surpoids ou obèses est effective dans le contrôle des symptômes, bien que des données sur l'effet à long terme soient limitées (qualité d'évidence modérée, recommandation forte)	44%
15	La perte de poids devrait être encouragée chez les patients en surpoids ou obèses avec un RGO (Grade A)	43%

Huit guidelines recommandent une perte de poids chez les patients obèses ou en surpoids (soit 53.3% des guidelines). Toutefois, un guideline (G9) met en doute l'efficacité de la perte de poids sur le RGO, mais l'encourage pour des raisons de santé évidentes. De plus, un autre guideline (G14) recommande la perte de poids chez les patients obèses ou en surpoids, mais met en évidence un manque de preuve sur l'effet bénéfique à long terme.

Cinq guidelines (33.3%) affirment que la perte de poids peut être utile pour contrôler les symptômes du RGO. En effet, deux d'entre elles (G11, G12) stipulent que la perte pondérale chez les patients obèses ou en surpoids a un effet favorable sur la fréquence et l'intensité des symptômes du RGO et donc une amélioration de la maladie et une (G7) met en évidence que la perte de poids diminue les épisodes de reflux post-prandiaux et le temps d'exposition de l'oesophage à un pH en-dessous de 4.

Par ailleurs, quatre guidelines (26.6%) considèrent un IMC élevé comme un facteur de risque du RGO. Le guideline 11 met aussi en lien le gain de poids et un tour de taille élevé aux symptômes et complications du RGO, notamment l'œsophage de Barrett.

L'EAES (G1) met en lien la perte de poids et l'efficacité du traitement médicamenteux. Selon cette source, la perte de poids ou l'évitement d'une prise pondérale devraient être considérés pour obtenir un meilleur résultat du traitement antiacide. Tout comme le guideline 9 stipule qu'une perte de poids ne doit pas être l'unique traitement, mais doit être combinée à la médication.

L'exclusion des guidelines ayant obtenu un score négatif à la qualité n'impacte aucun résultat final. En effet, les recommandations fournies dans les guidelines avec un score négatif (G4 et G14) sont semblables aux autres recommandations retenues.

Recommandations sur le positionnement au lit

Le tableau ci-dessous regroupe les différentes recommandations concernant le positionnement dans le lit ou en position debout. Nous avons aussi intégré dans ce tableau les recommandations par rapport au temps d'attente entre un repas et la position couchée. Treize guidelines sur quinze traitent de cet aspect, comme le démontre le tableau 8.

Tableau 8: Recommandations concernant le positionnement

Guideline	Détails sur les recommandations concernant le positionnement post-prandial	Qualité
1	Les patients devraient éviter les repas trop copieux et éviter de se coucher moins de 3h après manger. Les patients devraient dormir avec la tête de lit surélevée (mais peu ou pas d'évidences).	57%
2	L'élévation de la tête de lit et éviter de manger 2-3h avant le coucher est recommandé chez les patients ayant des reflux nocturnes (évidence faible).	72%
3	Beaucoup d'études ont montré qu'élever la tête de lit, ainsi que d'éviter de se coucher moins de 3h après un repas copieux / gras pourrait diminuer l'exposition à l'acidité oesophagienne. Cependant des données sur la réelle efficacité manquent. Il est aussi suggéré que les patients devraient éviter de dormir sur plusieurs coussins, car cela pourrait augmenter la pression abdominale et donc le reflux	62%
4	Élever la tête du lit et éviter de se coucher peu de temps après le repas sont fréquemment recommandés, mais ont une efficacité limitée pour contrôler les symptômes du RGO.	49%
5	Élever la tête du lit pour les patients qui sont dérangés par des brûlures d'estomac ou de régurgitations en position couchée (Grade B).	67%
6	Élever la tête de lit peut être utile pour contrôler les symptômes chez certains patients.	62%
7	Dormir avec la tête surélevée de 15 cm est associée avec une exposition à l'acidité plus basse qu'en position horizontale. L'élévation de la tête de lit de 28 cm réduit le nombre d'épisodes de reflux et diminue le temps d'exposition à l'acidité avec un pH < 5. Travailler dans une position inclinée constitue un facteur de risque pour le RGO non-érosif. Les épisodes de reflux sont déclenchés par la position. L'activité physique semble avoir un effet protecteur sur le RGO. Un temps court entre le repas et le coucher est associé avec une augmentation du RGO, particulièrement lorsqu'il est en-dessous de 3h. Plus tard est le repas, plus haut est le taux de reflux, particulièrement chez les patients obèses.	59%
8	Beaucoup d'études ont indiqué que l'élévation de la tête de lit et éviter de se coucher 3h après manger diminuent l'acidité oesophagienne, bien qu'il manque des données prouvant la réelle efficacité de ces modifications.	59%
9	L'élévation de la tête du lit peut être bénéfique pour les patients ayant des symptômes nocturnes et laryngiens marqués, mais n'est pas utile autrement et peut être inutilement inconfortable. Un oreiller est préférable car cause moins de dérangements pour les partenaires.	61%
10	Surélever la tête du lit des patients diminue le contact de l'œsophage avec l'acidité pendant la nuit.	58%
12	Le décubitus latéral droit ou la position allongée réduisent la pression du SIO et/ou prolongent l'exposition à l'acidité. Le décubitus latéral gauche augmente la pression du SIO et l'élévation de la tête de lit réduit la durée de l'exposition oesophagienne à l'acidité et améliore les symptômes de reflux.	75%

Tableau 8 suite: Recommandations concernant le positionnement

14	L'élévation de la tête du lit est un changement effectif dans la gestion du RGO (selon une revue systématique de 2006)	44%
15	L'élévation de la tête de lit pour les patients qui sont dérangés par des brûlures d'estomac ou des régurgitations en position couchée est recommandée (Grade A)	43%

La surélévation de la tête en position couchée est indiquée dans douze guidelines (80%; 1,2,3,4,5,7,9,10,14,15). Parmi celles-ci cinq ont relevé un niveau d'évidence faible. Un guideline (G9) précise que ces recommandations sont uniquement pour les patients atteints de RGO nocturne ou de symptômes laryngiques. De plus, une surélévation de 15cm est préconisée (G7). Le guideline 3 stipule qu'il ne faut cependant pas dormir sur plusieurs coussins au risque d'une forte pression abdominale.

Six guidelines (40%; G1, G2, G3, G4, G7, G8) recommandent de ne pas se coucher moins de 2-3h après le repas. Trois de ces guidelines relèvent cependant une évidence faible.

Selon le guideline 7, travailler dans une position inclinée constitue un facteur de risque pour le RGO non-érosif. De plus, il affirme que plus le repas est pris tardivement, plus les épisodes de reflux sont fréquents, en particulier chez les patients obèses. Un autre point mis en évidence dans cette publication est que l'activité physique semble avoir un effet protecteur sur le RGO.

Les guidelines 2 et 12 affirment que la position en décubitus latéral droit ou la position allongée réduisent la pression du SIO et/ou prolongent l'exposition à l'acidité tandis que le décubitus latéral gauche augmente la pression du SIO. Le guideline 3 va dans ce sens, en indiquant que la position en décubitus latéral gauche induit des issues favorables sur le RGO.

L'exclusion des guidelines ayant obtenu un score négatif à la qualité n'impacte aucun résultat final. En effet, les recommandations fournies dans les guidelines avec un score négatif (G4 et G14) sont semblables aux autres recommandations retenues.

Recommandations sur l'éviction d'aliments

Le tableau 9 ci-dessous regroupe les recommandations par rapport à l'impact de certains aliments sur le RGO.

Tableau 9: Recommandations concernant l'impact des aliments sur le RGO

Guideline	Détails sur les recommandations concernant l'impact d'aliments et du tabac sur le RGO	Qualité
1	L'ingestion d'aliments gras ou épicés, de chocolat, de café, de menthe poivrée, de citrons et de jus de citron, de tomates, de boissons gazeuses et d'alcool pourrait favoriser la fréquence du reflux et de ses symptômes.	57%
2	L'élimination de certains aliments qui peuvent déclencher le reflux (chocolat, caféine, alcool, tabac, aliments acides / épicés : oranges, tomates et aliments gras) n'est pas recommandée (évidence faible). L'élimination sélective d'aliments peut être considérée chez les patients qui notent une amélioration des symptômes après éviction des aliments concernés La consommation d'alcool, de café/caféine, d'aliments épicés / gras, de citron n'a montré aucun effet.	72%
3	Il n'existe pas d'essai clinique randomisé permettant de recommander d'éliminer ou diminuer certains aliments. Des modifications alimentaires individualisées semblent raisonnables pour aider les patients à élucider une cause alimentaire potentielle. Il n'existe pas d'évidence que l'arrêt de l'alcool et du tabac permet de diminuer les symptômes du reflux, bien que le tabac et l'alcool diminuent la pression du SIO. Cependant nous pouvons le recommander pour des raisons de santé évidentes.	62%
4	Éviter de boire du café /thé ou manger des plats épicés, du poivre, de la menthe poivrée et du citron sont fréquemment recommandés, mais ont une efficacité limitée pour contrôler les symptômes du RGO.	49%
5	Éviter les repas tardifs, éviter certains aliments spécifiques ou certaines activités spécifiques devrait être adaptée à la situation de chacun (Grade B). Les patients expérimentant des brûlures d'estomac après l'ingestion d'alcool, de café ou d'aliments épicés vont bénéficier de leur évitement.	67%
6	Éviter certains aliments peut être utile pour contrôler les symptômes chez certains patients.	62%
7	L'habitude de consommer des sucreries et du pain blanc est associée avec des symptômes de reflux. L'ingestion de protéines est associée au RGO érosif. Un régime riche en graisse n'augmente pas le nombre d'épisodes de reflux ou l'exposition de l'œsophage à l'acidité. La consommation de café est associée au RGO. La consommation fréquente d'alcool est un facteur de risque pour le RGO érosif et provoque des symptômes de reflux. L'ingestion de fibres est associée à une diminution du risque de RGO. L'habitude de consommer des fruits est associée avec un effet protecteur sur les symptômes de reflux.	59%
8	Beaucoup d'études ont indiqué que diminuer l'apport en graisse et arrêter de fumer diminuent l'acidité œsophagienne, bien qu'il manque des données prouvant la réelle efficacité de ces modifications. Certains aliments (chocolat, alcool, menthe poivrée, café et peut-être l'oignon et l'ail) ont été notés pour diminuer la pression du SIO, bien que des essais cliniques randomisés ne sont peu disponibles pour tester l'efficacité de leur éviction.	59%

Tableau 9 suite: Recommandations concernant l'impact des aliments sur le RGO

9	Des conseils alimentaires stricts non nécessaires amènent à la non-compliance. Les patients identifient souvent des aliments provoquant les symptômes de reflux. Les plus courants : aliments gras / épicés, cola, café (en excès), jus de tomate et d'orange. La consommation excessive d'alcool peut aggraver les symptômes et devrait être réduite. Les boissons avec un pH bas comme le vin peuvent exacerber les symptômes.	61%
10	Les patients devraient éviter les aliments gras et les repas copieux qui augmentent l'exposition de l'œsophage à l'acidité et ne devraient pas manger moins de 3h avant de se coucher	58%
11	Un apport journalier riche en graisses est lié à un haut risque de RGO et d'œsophagite érosive. Les boissons gazeuses sont un facteur de risque pour les brûlures d'estomac pendant le sommeil chez les patients avec RGO. Le rôle du café comme facteur de risque dans le RGO n'est pas clair. Il pourrait augmenter les douleurs d'estomac chez certains patients, mais les mécanismes ne sont pas connus et pourraient être dus à la caféine et non au café en lui-même. Le café n'est pas un facteur de risque dominant. Le rôle de l'alcool comme facteur de risque n'est pas clair. La consommation excessive à long terme pourrait être associée à la progression de la malignité œsophagienne, mais cela pourrait être indépendant de l'effet de l'alcool sur le RGO. Idem pour la taille du repas, le timing du repas et l'éviction de certains aliments (boissons gazeuses, caféine, graisse, aliments épicés, chocolat, menthe)	54%
12	Le tabac, le chocolat, les boissons gazeuses, l'alcool et les aliments gras pourraient diminuer la pression du SIO et/ou prolonger l'exposition à l'acidité.	75%
15	Éviter les repas tardifs, éviter certains aliments spécifiques ou certaines activités spécifiques devrait être conseillée selon les circonstances individuelles du patient (Grade A, niveau d'évidence 2b = basé sur des études de cohorte). Certains aliments (chocolat, alcool, menthe poivrée, café et peut-être les oignons et l'ail) sont connus pour diminuer la pression du SIO bien qu'il manque des essais randomisés pour tester l'efficacité de ces manœuvres. Beaucoup d'études montrent que diminuer l'apport en graisses et arrêter de fumer diminuent l'exposition de l'œsophage à l'acidité, bien que la réelle efficacité de ces modifications n'a presque pas été documentée (manque de données).	43%

87% des guidelines sélectionnées mentionnent un impact de certains aliments sur le RGO. L'alcool est l'aliment le plus cité, à 60% bien que le Guideline 11 explicite : «Le rôle de l'alcool comme facteur de risque n'est pas clair ». Le café et le thé suivent avec 53% comme l'indique la figure 3:

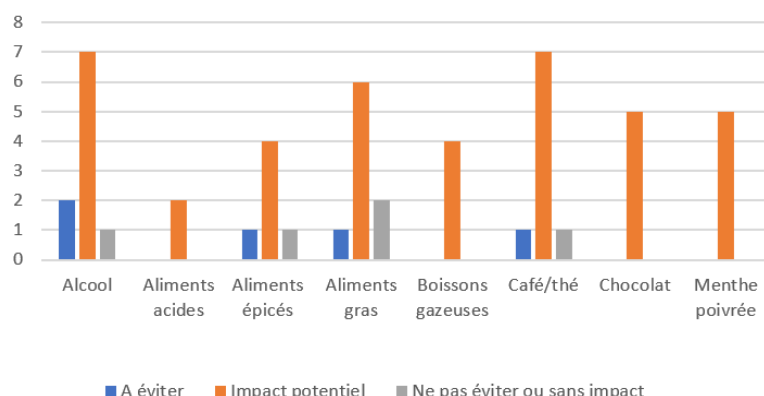


Figure 3 : aliments les plus cités dans les recommandations hygiéno-diététiques

Ce graphique répertorie les différents aliments ayant un impact sur le RGO. Le score en bleu indique des conseils stricts d'évitement, la barre en orange indique les guidelines stipulant un impact sur la pathologie. Enfin, la barre grise indique le nombre de guidelines exprimant la nécessité de ne pas éviter ces aliments.

L'indication d'un évitement d'aliments est décrite uniquement en cas de symptômes survenus après l'ingestion de cet aliment. (Exemple, G3 : « Des modifications alimentaires individualisées semblent raisonnables pour aider les patients à élucider une cause alimentaire potentielle » et G5 : « éviter certains aliments spécifiques ou certaines activités spécifiques devrait être adapté à la situation de chacun »). Les conseils généraux des guidelines sélectionnées stipulent un ajustement de cas par cas.

Soulignons également que 47% des guidelines n'expriment pas d'évidence des recommandations d'évitement. En effet, selon le guideline 3 : « Il n'existe pas d'essai clinique randomisé permettant de recommander d'éliminer ou diminuer certains aliments. »

De nombreux guidelines expriment un lien possible entre certains aliments et le RGO, mais ne formulent pas de recommandation d'évitement, un impact possible est sous-entendu dans 60% des guidelines (G1,G3,G4,G6,G8,G9,G10,G11, G12).

À l'inverse, le guideline 2, note précisément qu'il ne faut pas recourir à l'évitement d'aliments connu pour déclencher un reflux gastro-œsophagien, mais qu'éviter les aliments connus par le patient pour lui provoquer des symptômes de RGO est conseillé.

Enfin, le guideline 7 souligne une diminution du risque de RGO suite à l'ingestion de fibres et indique donc qu'une consommation de fruits à un effet protecteur sur les symptômes du RGO.

L'exclusion des guidelines ayant obtenu un score négatif à la qualité n'impacte aucun résultat final. En effet, les recommandations fournies dans les guidelines avec un score négatif (G4 et G14) sont semblables aux autres recommandations retenues.

Recommandations sur l'éviction du tabac

Le tableau 10 ci-dessous regroupe les recommandations par rapport à l'impact du tabac sur le RGO.

Tableau 10: Recommandations concernant l'impact du tabac sur le RGO

Guideline	Détails sur les recommandations concernant l'impact d'aliments et du tabac sur le RGO	Qualité
1	Les patients devraient arrêter de fumer (mais peu ou pas d'évidences).	57%
2	L'élimination de certains aliments qui peuvent déclencher le reflux (chocolat, caféine, alcool, tabac , aliments acides / épicés : oranges, tomates et aliments gras) n'est pas recommandée (évidence faible).	72%
3	Il n'existe pas d'évidence que l'arrêt de l'alcool et du tabac permet de diminuer les symptômes du reflux, bien que le tabac et l'alcool diminuent la pression du SIO. Cependant nous pouvons le recommander pour des raisons de santé évidentes.	62%
4	Les patients devraient être conseillés par rapport à l'arrêt du tabac (pertinent).	49%
7	Fumer est un facteur de risque pour le RGO. L'arrêt du tabac réduit en 24h le nombre de reflux, mais n'affecte pas l'exposition totale à l'acidité.	59%
8	Beaucoup d'études ont indiqué que diminuer l'apport en graisse et arrêter de fumer diminuent l'acidité œsophagienne, bien qu'il manque des données prouvant la réelle efficacité de ces modifications.	59%
9	Le tabac aggrave le reflux et augmente le risque de cancer de l'œsophage et d'autres formes de cancer. L'arrêt du tabac fait partie du plan de santé général.	61%
11	Plusieurs études montrent un bénéfice à arrêter de fumer, mais les évidences sont limitées.	54%
12	Le tabac, le chocolat, les boissons gazeuses, l'alcool et les aliments gras pourraient diminuer la pression du SIO et/ou prolonger l'exposition à l'acidité.	75%

53% des Guidelines indiquent un impact potentiel du tabac sur le RGO. Parmi celles-ci, plusieurs guidelines (G1,G3,G8,G11) stipulent le manque d'évidences disponibles par rapport à l'impact du tabac sur le RGO, comme par exemple le guideline 3 : « Il n'existe pas d'évidence que l'arrêt de l'alcool et du tabac permet de diminuer les symptômes du reflux, bien que le tabac et l'alcool diminuent la pression du SIO » ou le guideline 11 : « Plusieurs études montrent un bénéfice à arrêter de fumer, mais les évidences sont limitées ». D'autre part, il est stipulé que l'évitement du tabac est utile pour diminuer les symptômes (G8) et pour augmenter la pression du SIO (G3). Enfin, deux guidelines (G3, G9) expriment l'intérêt de santé général quant à l'arrêt du tabac et un guideline (G3) mentionne qu'un évitement du tabac n'est pas recommandé.

L'exclusion des guidelines ayant obtenu un score négatif à la qualité n'impacte aucun résultat final. En effet, les recommandations fournies dans les guidelines avec un score négatif (G4 et G14) sont semblables aux autres recommandations retenues.

Niveau de preuve et de recommandation des conseils liés aux aliments

En outre notre pourcentage de qualité attribué aux guidelines selon la grille AGREE, certains guidelines mentionnaient des niveaux de preuve aux recommandations établies. Ces niveaux de preuve figurant dans les guidelines concernant l'évitement d'aliments ou du tabac paraissent à trois reprises et ne sont pas indiqués de la même manière. Il nous est difficile de connaître les équivalences ni sur quoi la qualité a été jugée. Le tableau ci-dessous regroupe ces trois qualités tirées des différentes guidelines.

Tableau 11 : Mentions des qualités dans les guidelines

Guidelines	Recommandation	Niveau de preuve
2	L'évitement de l'alcool, du café et du thé, des mets gras ou épicés et du citron n'a montré aucun effet	Evidence faible
4	Arrêt du tabac	Pertinent
5	Adapter le régime ainsi que l'activité physique de cas en cas	Grade B

Résultats généraux de l'influence des recommandations hygiéno-diététiques sur la gestion du RGO.

Quatre guidelines, soit 26% (G1, G4, G8, G11) affirment que les mesures hygiéno-diététiques (MHD) font partie de la thérapie du RGO et qu'elles devraient donc être recommandées.

47% des guidelines (G1, G9, G10, G11, G12, G13, G14) indiquent que les modifications hygiéno-diététiques peuvent être bénéfiques pour les patients souffrant du RGO mais seules, elles sont presque ineffectives. En effet, deux guidelines mettent en évidence l'efficacité des MHD lorsqu'elles sont couplées à certains médicaments (G10 ; G13). Le guideline 10 exprime une suffisance de traitement avec les antiacides et le guideline 13 souligne une amélioration des symptômes avec les IPP.

À l'inverse, un seul guideline (G7) affirme que les MHD n'ont pas d'effets significatifs sur la guérison du RGO. De plus, ce guideline met en garde sur les effets délétères que pourrait avoir la prescription d'un régime alimentaire strict inutile sur la qualité de vie.

Sept guidelines, soit 46.6% (G4, G8, G9, G10, G13, G14, G16), rapportent que peu de données existent pour prouver l'efficacité des MHD sur le RGO, mais qu'il reste raisonnable de renseigner les patients sur les facteurs hygiéno-diététiques pouvant précipiter le reflux. Cependant quatre guidelines (G6, G7, G8, G14) précisent que des conseils hygiéno-diététiques ne sont pas recommandés pour tous les patients, mais devraient être personnalisés selon leurs habitudes de vie et leurs habitudes alimentaires.

Enfin, deux guidelines (G9, G16) suggèrent que chez 20-30% des patients ayant bénéficié de conseils hygiéno-diététiques, les résultats étaient liés à un effet placebo, mais cela n'a pas été testé rigoureusement.

7. Discussion

Rappel des résultats de la recherche sur le RGO

Quinze guidelines sur la prise en charge médicale du RGO ont été inclus dans notre travail. Nous avons pu constater une certaine homogénéité dans les recommandations établies dans nos articles. Les quatre axes principaux de la prise en charge hygiéno-diététique du RGO ressortant principalement des guidelines sont : les conseils sur le positionnement au lit, la perte de poids en cas de surpoids ou d'obésité, l'éviction de certains aliments comme l'alcool, le café, le thé ou encore le chocolat et l'éviction du tabac. La majorité des guidelines ne recommande pas les conseils hygiéno-diététiques comme seuls traitements du RGO, mais comme complément à un traitement d'IPP ou d'antiacide. Ils mettent aussi en évidence un manque de preuve permettant de certifier l'efficacité de ces mesures et préconisent donc de conseiller les patients au cas par cas, selon leurs habitudes.

Rappel des résultats de la recherche sur l'ulcère gastrique

Ce travail avait pour but de recenser et analyser toutes les recommandations nutritionnelles pour la prise en charge de l'ulcère gastrique. Notre recherche a mis en évidence qu'aucun guideline permettant de répondre à notre question de recherche n'existait. De plus, aucun guideline que nous avons trouvé sur la prise en charge médicale de l'ulcère gastrique ne mentionnait l'alimentation comme traitement éventuel de cette pathologie. Nous n'avons donc pu analyser aucune donnée.

Interventions nutritionnelles chez les patients souffrant de RGO

Rares sont les guidelines qui établissent des recommandations précises concernant les conseils hygiéno-diététiques pouvant être prodiguées aux patients. Ces résultats sont liés à un manque de preuves évidentes dans les différentes études analysées par les guidelines.

Nous pensons que ce manque de preuves évidentes est lié à une difficulté à évaluer l'efficacité de ces mesures seules, dans un essai clinique randomisé par exemple. En effet, dans la problématique du RGO, des aliments sont mis en cause et non les substances chimiques qu'ils contiennent. Il devient alors difficile de juger quel aliment provoque le reflux dans une alimentation mixte et d'émettre un lien de cause à effet car des facteurs de confusion sont à prendre en compte, comme le stress ou la consommation de tabac après le repas par exemple.

Un autre aspect à prendre en considération est la sensibilité individuelle des patients qui peut induire une réponse différente aux traitements. En effet, comme il est précisé dans un certain nombre des guidelines que nous avons étudiées, les conseils hygiéno-diététiques doivent être individualisés selon la situation du patient et le soignant se doit de rester attentif aux bénéfices et aux contraintes pour le patient. Le traitement médicamenteux doit lui aussi être individualisé en fonction de la sévérité des reflux. Cependant les guidelines proposent des protocoles aidant à son instauration et ce qui facilite la prise en charge médicale. Un tel protocole semble difficile à instaurer pour les recommandations hygiéno-diététiques.

Malgré le manque de preuves scientifiques, nous constatons que certaines sociétés établissent des recommandations nutritionnelles pour les patients souffrant de RGO. En effet, la Société Française de Gastro-Entérologie (SFNGE), la Société Suisse de Nutrition (SSN), ou encore le Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie (CREGG) émettent des recommandations hygiéno-diététiques claires et précises concernant

le RGO (64 ; 65 ; 66). La SNFGE recommande d'éviter les repas trop gras et trop abondants, d'éviter de se coucher trop précocement après la fin d'un repas et de laisser un délai d'au moins deux heures entre le repas et le coucher, de surélever la tête du lit de 45°, de perdre du poids et de supprimer les aliments qui ont été identifiés par chaque individu comme pouvant générer des troubles. La SSN préconise d'éviter de prendre du poids et de fumer, d'optimiser la position couchée et d'éviter les déclencheurs susceptibles de provoquer des aigreurs d'estomac. Enfin, le CREGG recommande entre autres de prévenir ou supprimer le surpoids, de se reposer en position demi-assise après le repas ou encore de diminuer la consommation d'alcool et arrêter le tabac.

Nous pouvons donc en conclure que les conseils hygiéno-diététiques font partie du traitement du RGO, mais qu'ils sont basés sur des avis d'experts et non sur des études scientifiques.

Recommandations sur la perte de poids

La perte de poids est le conseil le plus recommandé pour le RGO. En effet, plus de la moitié des guidelines étudiées recommandent une perte de poids chez les patients en surpoids ou obèses ou ayant un gain de poids récent (45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 53 ; 55 ; 57 ; 58 ; 59). Cette recommandation est cohérente car une des étiologies du RGO est l'hyper-pression abdominale provoquée par le surpoids, l'obésité ou la grossesse.

Un manque de preuve scientifique attestant de l'efficacité de la perte de poids dans la gestion des symptômes du RGO est de nouveau mis en avant dans les guidelines.

Ainsi, le maintien d'un poids dans les normes est associé à une réduction du risque de RGO et de ses complications (67). De plus, une étude de Jacobson & Al., gastroentérologues (68) a démontré que même un gain de poids modéré chez des personnes de poids normal peut causer ou exacerber les symptômes de reflux et Fraser-Moodie et al. ont montré une association entre la perte de poids et l'amélioration des symptômes de reflux (79).

Les patients nécessitent donc un accompagnement diététique personnalisé dans leur objectif de perte pondérale, afin de maintenir un état nutritionnel adéquat.

Enfin, comme le dit le guideline 9, la perte de poids ne peut être qu'encouragée chez les patients en surpoids ou obèses pour des raisons de santé évidentes. Les soignants doivent tout de même s'assurer de la motivation du patient avant de le conseiller, afin de maintenir la perte de poids sur le long terme.

Recommandations sur le positionnement

Les niveaux d'évidence décrits dans les guidelines par rapport à cette recommandation sont faibles. Toutefois, une majorité des guidelines associent la surélévation de la tête de lit avec un temps d'exposition à l'acidité œsophagienne moins long.

Une étude de 1977 ayant mesuré les effets de la posture sur le RGO a montré des bénéfices sur les symptômes et la fréquence du reflux avec une élévation de la tête de lit de 28 centimètres (70).

Éviter de se coucher deux à trois heures après les repas est aussi un conseil fréquemment cité dans les guidelines, cependant encore une fois les évidences sont faibles.

Seul un guideline aborde la question du positionnement lors du travail comme potentiellement problématique pour le RGO. Nous ne pouvons donc pas émettre de conclusion sur cette recommandation.

Nous concluons qu'une fois de plus il manque de preuves significatives pour attribuer au positionnement un effet objectif sur le RGO, toutefois nous pensons qu'il s'agit d'un facteur à conseiller aux patients, en prenant en compte les bénéfices perçus et les inconvénients sur la qualité de vie.

Recommandations sur l'éviction d'aliments.

Ce dernier point est le plus controversé et le moins documenté des trois. Tout comme l'obésité et le surpoids, l'alcool et le tabac pourraient exacerber le RGO. Pour une raison physiologique : la diminution de la pression du SIO, ce qui laisserait passer l'acidité gastrique dans l'œsophage. Malgré cela, peu d'évidences ont fait un lien direct entre ces deux substances et le RGO. Toutefois, pour des raisons évidentes de santé, nous pouvons conseiller aux patients d'éviter ou de réduire leur consommation.

Les autres aliments ayant un potentiel impact défavorable les plus cités sont le café, le thé, les aliments gras, le chocolat, la menthe poivrée, les aliments épicés et les boissons gazeuses. Le manque d'évidence ne permettant pas d'émettre un réel lien de cause à effet entre le RGO et ces aliments, nous ne conseillons pas de les éliminer d'office.

Nous pensons qu'une évaluation nutritionnelle chez les patients souffrant de RGO est nécessaire afin de juger quel aliment pourrait précipiter le reflux chez chaque patient.

Comme le mettent en évidence certaines guidelines, un régime alimentaire trop strict aurait un effet défavorable sur la compliance du patient et sur sa qualité de vie. De plus, ce type de régime peut s'avérer inutile chez un patient, mais utile chez un autre, c'est pourquoi l'évaluation nutritionnelle a toute son importance dans cette pathologie.

Notre travail a pu mettre en évidence certains aliments potentiellement problématiques auxquels les diététicien(ne)s devront faire plus attention lors de leur anamnèse alimentaire. Nous déduisons donc que les conseils hygiéno-diététiques peuvent être prodigués aux patients qui pourraient en bénéficier, en tenant compte des facteurs pouvant altérer leur qualité de vie et leur compliance.

Recommandations sur l'éviction du tabac :

Comme pour l'évitement des aliments, ces recommandations manquent de preuves scientifiques. Il n'est pas évident de faire une relation de causalité entre le tabac et le RGO. Cependant pour des raisons évidentes de santé, comme les maladies cardiovasculaires, nous pouvons affirmer qu'un message préventif concernant l'arrêt du tabac est bénéfique.

Interventions nutritionnelles chez les patients souffrant d'ulcère gastrique

Nos recherches sur les interventions nutritionnelles concernant l'ulcère gastrique n'ont donné aucun résultat dans les guidelines. En effet, aucun de nos moteurs de recherche n'a pu nous donner un guideline mettant en évidence l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle pour cette pathologie.

En effectuant une recherche plus élargie et en cherchant les termes de l'ulcère gastrique et thérapie, nous avons trouvé alors une vingtaine de résultats. Cependant, aucun de ceux-ci n'a pu être inclus dans notre travail par manque de pertinence. En effet, une partie d'entre eux mentionnent les recommandations concernant l'ulcère hémorragique qui est la complication de l'ulcère gastrique (60 ; 61). D'autres guidelines étaient spécifiques à la prise en charge médicamenteuse de l'*Helicobacter pylori* (62 ; 63). Enfin, certains guidelines concernaient la prise en charge du reflux gastro-œsophagien. Ces résultats ne permettent donc pas de répondre à notre question de recherche.

Aucune prise en charge nutritionnelle spécifique à l'ulcère gastrique n'a été trouvée. Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'application des recommandations de prise en charge hygiéno-diététiques spécifiques aux patients souffrant de RGO peut s'adapter aux patients atteints d'ulcère gastrique. Ceci dans le but de diminuer l'acidité, ce qui aurait une influence favorable sur les symptômes, comme par exemples les douleurs. Cependant, aucune preuve scientifique ne peut appuyer notre hypothèse.

De plus, nous déduisons qu'une prise en charge nutritionnelle n'est pas de premier recours concernant l'ulcère gastrique. En effet, les causes majeures de l'ulcère gastrique, notamment l'hélicobacter pilori et les IPP sont à considérer en premier lieu, par antibiothérapie ou par arrêt du traitement d'IPP. Le traitement nutritionnel sera à considérer en parallèle pour diminuer les symptômes, mais ne sera pas envisagé comme traitement curatif de la pathologie.

Limites et biais

Notre travail contient des limites et des biais notamment dans notre méthodologie. En effet, nos moteurs de recherches se limitaient aux nombres de quatre. Cette limite est un choix effectué au début de notre travail pour cause de temps. Cependant, les quatre moteurs de recherches ont été sélectionnés parmi les plus populaires et sont ceux proposés lors de notre formation.

Une autre limite peut être mise en évidence dans la sélection des mots clefs. En effet, nous avons choisi les mots clefs qui semblaient les plus pertinents selon nous et qui nous apporteraient le plus d'articles spécifiques. Nous avons donc pu passer à côté d'articles contenant des informations utiles à notre travail. Cependant cette sélection de mots clefs a été effectuée avec l'aide du bibliothécaire de la Haute école de Santé.

Un biais est également possible lors de l'interprétation des guidelines et leurs recommandations nutritionnelles. En effet, le positionnement des auteurs était, dans certains des guidelines, peu clair. Pour exemple, la guideline 7, mentionne : « La consommation de café est associée au RGO », mais n'exprime pas clairement une recommandation de suppression de café. Afin d'effectuer un diagramme du nombre précis de guidelines stipulant d'éviter certains aliments, nous avons dû interpréter ce type de phrase comme une recommandation d'évitement.

Les différents guidelines étant tous écrits en anglais, la traduction peut également faire partie des biais éventuels.

Points forts

Notre travail de Bachelor consiste en un assemblage et une synthèse de guidelines sur la prise en charge du reflux gastro-œsophagien. Les points forts de ce travail sont particulièrement la qualité des articles sélectionnés. En effet, toutes nos recommandations sont issues de guidelines. Ces derniers sont basés sur un nombre d'études important ce qui permet de mettre en évidence les niveaux de preuves des recommandations.

Étant deux réalisatrices du travail de Bachelor, nous avons pu effectuer une double évaluation des qualités des guidelines ce qui nous a permis d'attribuer une valeur objective. En effet, lors de discordance entre nos résultats de qualité, nous avons discuté de nos différents points de vue et pour certains cas, constaté des erreurs effectuées lors de la lecture.

Enfin, malgré le fait que nous n'ayons pas pu faire émerger de recommandations claires et précises concernant la prise en charge nutritionnelle du reflux gastro-œsophagien et de l'ulcère gastrique, notre travail a permis de mettre en évidence des pistes d'accompagnement auprès des patients souffrant d'une de ces pathologies.

8. Perspectives

Notre travail a mis en évidence un manque de preuves scientifiques par rapport à la prise en charge nutritionnelle du RGO et de l'ulcère gastrique et pourrait aboutir à de nouvelles recherches sur ces deux pathologies. Nous pensons qu'un travail de Bachelor futur pourrait étudier le rôle du diététicien dans la prise en charge de ces deux pathologies, en interviewant des professionnels de la santé sur le terrain. Ainsi, ce travail permettrait aussi de recueillir les protocoles de prise en charge des différents hôpitaux suisses et de déterminer sur quelles preuves ils sont basés et ainsi les comparer avec les résultats que nous avons trouvés dans les guidelines que nous avons analysés.

Nous avons constaté qu'aucun de nos guidelines ne mentionne le diététicien comme acteur de la prise en charge du patient souffrant de RGO. Cependant, aux vues des recommandations émises, notamment la perte de poids et l'éviction de certains aliments, nous pensons que le spécialiste de l'alimentation a sa place dans le traitement de cette pathologie, afin de prodiguer des conseils individualisés et ciblés. Notre travail a permis de mettre en lumière les facteurs pouvant être impliqués dans le RGO et qui devraient être pris en considération par les diététiciens lors de la prise en charge des patients souffrant de cette pathologie. Nous tenons donc, au travers de ce travail, à promouvoir notre profession, qui est peu, voire pas du tout mise en avant dans la gestion de cette pathologie. De plus, le diététicien a sa place dans le suivi des complications possibles liées à la prise d'IPP, notamment la dénutrition.

En ce qui concerne l'ulcère gastrique, n'ayant pas trouvé de guidelines considérant l'alimentation comme éventuel traitement, nous ne pouvons pas attester du rôle du diététicien dans cette pathologie. Cependant, certains articles mentionnent les conseils hygiéno-diététiques recommandés en cas de RGO comme traitement des symptômes de l'ulcère gastrique. Notre travail met donc en évidence un besoin de recherches approfondies sur le sujet.

9. Conclusion

Notre analyse a pu mettre en évidence un manque de preuve scientifique attestant de l'efficacité des recommandations de prise en charge hygiéno-diététiques du RGO et de l'ulcère gastrique.

Malgré, cela, nous considérons que les patients devraient être conseillés au cas par cas, selon leurs facteurs de risques individuels. Notre travail a permis de soulever quatre axes de prise en charge hygiéno-diététiques du RGO : la perte de poids, le positionnement, l'éviction de certains aliments et l'arrêt du tabac. De ce fait, nous soulignons l'importance d'un suivi par un diététicien pour une prise en charge adéquate. Malgré cela, un manque de mise en valeur du diététicien dans la gestion du RGO tout comme de l'ulcère gastrique est à souligner.

Nous n'avons trouvé aucune recommandation de qualité concernant la prise en charge nutritionnelle de l'ulcère. Nous ne pouvons donc pas en tirer de conclusions. Malgré cela, nous pouvons émettre l'hypothèse que les conseils hygiéno-diététiques prodigués aux patients souffrant de RGO peuvent s'adapter aux patients souffrant d'ulcère gastrique afin de diminuer l'acidité gastrique et de réduire les douleurs.

Pour conclure, ce travail a permis de mettre en évidence des axes de prise en charge nutritionnels, plus précisément pour le RGO que pour l'ulcère gastrique. Cependant, de par le manque d'évidence, les conseils nutritionnels doivent être individualisés et prodigués que lorsqu'ils sont en adéquation avec la situation du patient. En effet, de nombreux conseils infondés ont pu être trouvés dans la littérature grise concernant ces pathologies. Malgré cela, nous considérons que le diététicien a toute son importance dans la prise en charge des patients souffrant de RGO et que son rôle dans la gestion de l'ulcère gastrique reste à définir plus explicitement.

10. Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui nous ont aidées et soutenues durant la création de notre travail de Bachelor.

Nous remercions particulièrement notre directrice de Bachelor, Madame Jotterand Chaparro Corinne, pour tous les temps qu'elle nous a consacrés, ses conseils avisés et sa bienveillance.

Nous remercions Luca Clavadetscher pour la relecture attentive de notre travail.

Finalement, nous tenons à remercier Monsieur Sandoz Jean-David pour son aide précieuse en recherche documentaire

11. Références bibliographiques

1. Hôpitaux Universitaires de Genève. Dyspepsie [En ligne]. Genève ; 1998 [mis à jour en août 2010 ; consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/dyspepsie_2010df.pdf
2. Ottenjann R, Elster K, Cohen S. Atlas of Diseases of the Upper Gastrointestinal Tract. Lincoln: Smith Kline & French; 1980.
3. Revue Médicale Suisse. Nutrition entérale : sonde nasogastrique ou gastrostomie percutanée endoscopique ? [En ligne]. 2012 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-358/Nutrition-enterale-sonde-nasogastrique-ou-gastrostomie-percutanee-endoscopique>
4. Balian A. Hepato-Gastro Enterologie : Médicale et chirurgicale. Paris: Editions Vernazobres-Grego; 2010.
5. Revue Médicale Suisse. Le reflux gastro-oesophagien : attitude pratique [En ligne]. 2006 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible : <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-54/31071>
6. Bardhan KD, Strugala V, Dettmar PW. Reflux Revisited: Advancing the Role of Pepsin. [En ligne]. 2012 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3216344/>
7. Université de médecine de la Sorbonne. Histologie : organes, systèmes et appareils: le tube digestif [En ligne]. [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP2/POLY.Chp.1.2.3.2.&2.html>
8. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Les fondamentaux de la pathologie digestive: Estomac - Duodénum [En ligne]. 2014 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/chap-2_fondamentaux-pathologie-digestive_octobre-2014.pdf
9. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Reflux gastro-œsophagien (RGO) [En ligne]. [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible : <https://www.snfge.org/content/reflux-gastro-oesophagien-rgo>
10. Béchade D, et al. Données actuelles concernant l'association de l'obésité au reflux gastro-œsophagien et à ses complications [En ligne]. 2009 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.em-consulte.com/en/article/206086>
11. Fass R. The Pathophysiological Mechanisms of GERD in the Obese Patient. [En ligne]. 2008 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18663576>
12. Zaher, FZ, Elmghari, G, Elansari, N. Prévalence du reflux gastro œsophagien chez une population de sujets obèses. Annales d'Endocrinologie. [En ligne]. 2018 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003426618311600>
13. CDU-HGE. Abrégé d'hépatogastro-entérologie: Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte [En ligne]. 2012 [consulté le 8 juill 2019]. Disponible: https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Rubrique_Professionnels/abrege_hepato_gastro/abrege_d_hge_2012-chap30_item280.pdf

14. Close H, Mason JM, Wilson D, Hungin APS. Hormone replacement therapy is associated with gastro-oesophageal reflux disease: a retrospective cohort study. [En ligne]. 2012 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3411455/>
15. Vallot T, et al. Epidémiologie du reflux gastro-œsophagien en médecine générale [En ligne]. 1999 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.em-consulte.com/en/module/displayarticle/article/98128/impression/vue3>
16. Belhocine K, Letessier E, Avallone S, Galmiche JP, Bruley des Varannes S. Prévalence du reflux gastro-œsophagien chez l'obèse avant chirurgie bariatrique. [En ligne] 2009 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : <https://www.em-consulte.com/en/article/238233>
17. Armstrong D, Bradette M, Bressler B. Gastro-entérologie : Les IPP et le RGO : les besoins restant à satisfaire [En ligne]. 2017 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: https://themedicalxchange.com/wp-content/uploads/2017/04/XFACTO_FR.pdf
18. Perniceni T. Traitement du RGO : indications de la chirurgie [En ligne]. 2013 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <http://www.drpaulwiesel.ch/cms/images/fiches-maladies/oesophage-traitement-RGO-indications-de-la-chirurgie-2013.pdf>
19. Arts J, Vos R, Gebruers K, Sirfrim D, Lerut T. La radiofréquence selon le procédé Stretta réduit la distensibilité de la jonction œsogastrique chez des patients ayant un RGO. [En ligne]. 2005 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : https://www.jle.com/en/revues/hpg/e-docs/la_radiofrequence_selon_le_procede_stretta_reduit_la_distensibilite_de_la_jonction_oesogastrique_chez_des_patients_ayant_un_rgo_267042/breve.phtml
20. Boyer J. Traitement endoscopique du reflux gastro-oesophagien: une voie d'avenir? [En ligne]. 2002 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/2881.pdf>
21. Karila-Cohen P, Petit T, Teissier J, Merran S. Ulcère gastrique. [En ligne]. 2008 [consulté le 8 juillet 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/138749>
22. Kamguia G, Fokunang C, Ngameni B, Nono BN, Tembe-Fokunang E. Effet cytoprotecteur de l'extrait aqueux des racines de *dorstenia psilurus* sur l'ulcère gastrique chez les rats mâles de la souche Wistar. [En ligne]. 2013 [consulté le 8 juill 2019]. Disponible: <http://hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/120>
23. Bonfils S. Les antisécrétoires gastriques: présent et futur [En ligne]. 1985 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/3349/MS_1985_5_241.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. *Helicobacter pylori* [En ligne]. 2019 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <http://www.chu-rouen.fr/page/helicobacter-pylori>
25. Mustapha P. Etude des interactions entre *Helicobacter pylori* et les cellules épithéliales gastriques [En ligne]. 2011 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00742960>
26. Galmiche JP, Alder M, Bergmann JF, Bretagne JF, Celicout B. Conférence de Consensus [En ligne]. 1999 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.em-consulte.com/article/98022/article/conference-de-consensus>

27. Mégraud F. Quand et comment s'infecte-t-on par *Helicobacter pylori* ? [En ligne]. 2008 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.em-consulte.com/en/article/99468>
28. Bursaux E. Connaître les cyclooxygénases pour mieux contrôler les effets des anti-inflammatoires non stéroïdiens [En ligne]. 1994 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2643/MS_1994_4_468.pdf
29. Santé romande.ch. Ulcère gastro-duodénal [En ligne]. 2012 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.santeromande.ch/Structure/C23.550.891.html>
30. CDU-HGE. Abrégé d'hépatogastroentérologie [En ligne]. 2012 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Rubrique_Professionnels/abrege_hepato_gastro/abrege_d_hge_2012-chap31_item290.pdf
31. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Ulcères de l'estomac et du duodénum [En ligne]. [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.snfge.org/content/ulceres-de-lestomac-et-du-duodenum#qa1209>
32. Alamowitch B, et al. Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé [En ligne]. 2000 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.em-consulte.com/en/module/displayarticle/article/98356/impression/vue5>
33. Mennecier D. Ulcère gastro-duodénal : traitements médicaux [En ligne]. 2012 [mis à jour le 28 octobre 2017 ; consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: https://hepatoweb.com/ulcere_traitements.php
34. Ford AC, Delaney B, Moayyedi P. Antibiotiques pour les personnes souffrant d'un ulcère gastro-duodénal causé par une infection à *Helicobacter pylori* [En ligne]. 2016 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: [/fr/CD003840/antibiotiques-pour-les-personnes-souffrant-dun-ulcere-gastro-duodenal-cause-par-une-infection-a-helicobacter-pylori](https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00384034)
35. Dupas J-L, Grigy C. Traitements curatif et préventif des ulcères gastro-duodénaux induits par les AINS. [En ligne]. 2004 [consulté le 8 juillet 2019] Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399832004952827>
36. Revue Médicale Suisse. Les guidelines sont-ils des standards à suivre ? [En ligne]]. 2009 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-225/Les-guidelines-sont-ils-des-standards-a-suivre>
37. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease [En ligne]. 2015 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/07/2015-Gastroesophageal-Reflux-Disease-GERD.pdf>
38. DeVault KR, Castell DO. Guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease: Practice parameters committee of the American College of Gastroenterology [En ligne]. 1995 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7487238>
39. DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease: The practice parameters committee of the American College of Gastroenterology [En ligne]. 1999 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15654800>

40. DeVault KR, Castell DO, American College of Gastroenterology. Updated guidelines for diagnosis and treatment of GERD. [En ligne]. 2005 [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10364004>
41. Heidelbaugh JJ, Nostrant TT, Kim CN, Harrison RV. Management of gastroesophageal reflux disease [En ligne]. 2003 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14567485>
42. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach [En ligne]. 2006 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16682569>
43. Moayyedi P, Delaney B. GORD in adults [En ligne]. 2008 [consulté le 8 juillet 2019] Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19450297>
44. Vemulapalli R. Diet and lifestyle modifications in the management of gastroesophageal reflux disease [En ligne]. 2008 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18595862>
45. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease [En ligne]. 2013 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2013/03000/Guidelines_for_the_Diagnosis_and_Management_of.6.aspx
46. University of medicine of Michigan. Gastroesophageal reflux disease (GERD) [En ligne]. 2013 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : <https://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/gerd/gerd.12.pdf>
47. Toward Optimized Practice. Treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) in adults: clinical practice guideline [En ligne]. 2009 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: http://www.topalbertadoctors.org/download/359/gerd_guideline.pdf?_20171020161428
48. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF. American gastroenterological association medical statement on the management of gastroesophageal reflux disease [En ligne]. 2008 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(08\)01606-5/abstract](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(08)01606-5/abstract)
49. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease [En ligne]. 2013 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2013/03000/Guidelines_for_the_Diagnosis_and_Management_of.6.aspx
50. Fennerty B, et al. The diagnosis and treatment of Gastroesophageal Reflux diseases in a Managed Care Environment, suggested disease management guidelines [En ligne]. 1996 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8604953>
51. Armstrong D, Mashall JK, Chiba N, Fallone CA, Fass R, Hollingworth R, et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults - update 2004 [En ligne]. 2004 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15685294>
52. Gastroenterological Society of Australia. Gastro-oesophageal Reflux Disease in Adults [En ligne]. 2011 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : https://cart.gesa.org.au/membres/files/Clinical%20Guidelines%20and%20Updates/Reflux_Disease.pdf

53. Katelaris P, Holloway R, Talley N, Gotley D, Williams S, Dent J, Digestive Health Foundation of the Gastroenterological Society of Australia. Gastro-oesophageal reflux disease in adults: Guidelines for clinicians [En ligne]. 2002 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12164956>
54. Iwakiri K, Kinoshita Y, Habu Y, Oshima T, Manabe N, Fujiwara Y, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease [En ligne]. 2016 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27325300>
55. Fock KM, Talley N, Goh KL, Sugano K, Katelaris P, Holtmann G, et al. Asia-Pacific consensus on the management of gastro-esophageal reflux disease: an update focusing on refractory reflux disease and Barrett's oesophagus [En ligne]. 2016 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27261337>
56. Moraes-Filho JP, Navarro-Rodriguez T, Eisig J, Chinzon D, Bernardo W, Brazilian Gerd Consensus Group. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease: an evidence-based consensus [En ligne]. 2010 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20520983>
57. Khalid Niaz S, Saeed Quraishy M, Ali Taj M, Alam A, Nawaz AA, Ali Shah SH, et al. Guidelines on gastroesophageal reflux disease [En ligne]. 2015 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : <https://pdfs.semanticscholar.org/221e/624e8e28b0608fa171cff50e6ee982f1ad48.pdf>
58. Fuchs KH, Babic B, Brethaupt W, Dallemagne B, Fingerhut A, Furnee E, et al. Recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease [En ligne]. 2014 [consulté le 8 juillet 2019] disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24789125>
59. Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, et al. GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease [En ligne]. 2017 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28591069>
60. Chung IK, Lee DH, Kim HU, Sung IK, Kim J-H, Korean College of Helicobacter and Upper Gastrointestinal Research, et al. Guidelines of treatment for bleeding peptic ulcer disease [En ligne]. 2009 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19934611>
61. Laursen SB, Jørgensen HS, Schaffalitzky de Muckadell OB, Danish Society of Gastroenterology and Hepatology. National consensus on management of peptic ulcer bleeding in Denmark 2014 [En ligne]. 2014 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25370969>
62. Bytzer P, Dahlerup JF, Eriksen JR, Jarbøl DE, Rosenstock S, Wildt S, et al. Diagnosis and treatment of Helicobacter pylori infection. [En ligne]. 2011 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466771>
63. Hunt RH, Fallone CA, Thomson AB. Canadian Helicobacter pylori Consensus Conference update: infections in adults [En ligne]. 1999 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10331931>
64. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Reflux gastro-œsophagien (RGO) [En ligne]. [consulté le 2 juillet 2019]. Disponible : <https://www.snfge.org/content/reflux-gastro-oesophagien-rgo>

65. Société Suisse de Nutrition. Alimentation et aigreurs d'estomac [En ligne]. 2016 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: http://www.sge-ssn.ch/media/Feuille_d_info_alimentation_et_aigreurs_d_estomac_2016.pdf
66. Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie. Fiches de recommandations – Le reflux gastro-oesophagien [En ligne]. 2018 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.cregg.org/fiches-recommandations/le-reflux-gastro-oesophagien/>
67. El-Serag H. Role of obesity in GORD-related disorders. [En ligne]. 2008 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18268049>
68. Jacobson BC, Somers SC, Fuchs CS, Kelly CP, Camargo CA. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. [En ligne]. 2006 [Consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16738270>
69. Fraser-Moodie CA, Norton B, Gornall C, Magnago S, Weale AR, Holmes GK. Weight loss has an independent beneficial effect on symptoms of gastro-oesophageal reflux in patients who are overweight [En ligne]. 1999 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10365891>
70. Stanciu C, Bennett JR. Effects of posture on gastro-oesophageal reflux [En ligne]. 1977 [consulté le 8 juillet 2019]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14044>

12. Annexes

Annexe I : Illustration des différentes couches de la muqueuse gastrique

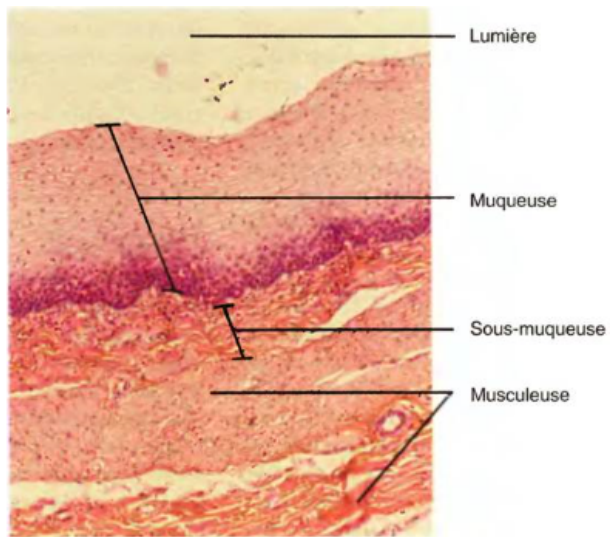
Annexe II : Grille d'analyse qualité AGREE

Annexe III : Tableau Excel analyse qualité des guidelines

Annexe IV : Tableau d'extraction des données

Annexe V : Protocole du travail de Bachelor

Annexe 1 : Illustration des différentes couches de la muqueuse gastrique



Tiré de l'Atlas of Diseasea of the Upper Gastrointestinal Tract (2)

Annexe II: Grille d'analyse qualité AGREE

DOMAINE 1 : CHAMP ET OBJECTIFS						
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						
3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						
DOMAINE 2 : PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS						
4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						
5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.						
1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
<i>Commentaires</i>						

DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION

7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION (suite)

10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Commentaires

DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION (suite)

13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

DOMAINE 4 : CLARTÉ ET PRÉSENTATION

15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

1 Fortement en désaccord	2	3	4	5	6	7 Fortement en accord
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	------------------------------------

Commentaires

DOMAINE 5. APPLICABILITÉ

18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Commentaires

19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Commentaires

20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinés.

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Commentaires

21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Commentaires

DOMAINE 6 : INDÉPENDANCE ÉDITORIALE

22. Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC.

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Commentaires

23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord						Fortement en accord

Commentaires

ÉVALUATION GÉNÉRALE DE LA RPC

Choisissez, pour chacune des questions suivantes, la réponse qui correspond le mieux à la RPC évaluée :

1. Évaluez la qualité générale de la RPC.

1 De très mauvaise qualité	2	3	4	5	6	7 D'excellente qualité
----------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

2. Je recommanderais l'utilisation de la RPC.

Oui	
Oui, avec certaines modifications.	
Non	

NOTES

--

Annexe III : Tableau Excel analyse qualité des guidelines

	G1 C	G1 F	G2 C	G2 F	G3 C	G3 F	G4 C	G4 F	G5 C	G5 F	G6 C	G6 F	G7 C	G7 F	G8 C	G8 F	G9 C	G9 F	G10	G10	G11	G11	G12	G12	G13	G13	G14	G14	G15	G15	Pauline		
1	7	7	7	7	6	6	7	6	7	6	7	7	7	7	7	6	7	6	7	7	6	5	7	7	7	7	6	6	6	6			
2	6	6	7	6	2	2	5	4	6	5	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	6	5	5	6			
3	6	6	6	6	6	4	7	6	7	5	7	6	5	6	6	5	6	5	6	6	5	5	6	6	5	6	4	3	3	4			
Score	88.8	89	94	89	61.1	50	88.8	72	94	72	100	89	83.3	89	88.8	78	88.8	78	88.8	89	78	72	94.4	94	88.8	94	72.2	61	61	72			
4	6	6	6	7	6	6	5	5	5	6	4	4	3	3	4	4	5	6	4	4	3	3	7	6	5	6	5	5	5	5			
5	2	3	5	4	2	3	2	4	4	4	2	2	2	3	5	6	3	4	3	3	4	3	5	6	2	3	2	3	2	3			
6	3	4	7	5	3	3	3	2	5	6	7	7	7	6	5	4	6	7	5	6	7	6	4	4	7	5	1	2	6	5			Carmen
Score	44.4	56	83.3	72	44.4	50	39	45	61.1	72	56	56	50	50	61	61	61.1	78	50	56	61	50	72.2	72	61.1	61	28	39	56	56			Pauline
7	6	6	6	5	6	5	1	2	7	6	2	2	6	6	4	6	1	2	2	2	3	2	2	3	7	4	3	4	1	2			
8	5	6	5	3	4	5	2	3	7	6	2	2	6	6	4	5	2	2	2	3	2	1	6	6	2	3	3	3	2	2			
9	4	5	5	4	5	7	1	2	6	5	2	2	5	6	5	6	2	2	2	2	2	3	6	5	5	4	2	3	1	2			
10	7	5	5	5	6	5	1	1	5	3	2	2	5	5	3	3	1	2	1	2	4	4	5	5	7	6	5	5	5	6			
11	5	6	6	5	2	4	4	4	7	7	7	6	6	6	7	6	6	6	4	5	6	5	5	4	7	7	6	5	5	3			
12	6	5	5	5	3	4	3	4	5	6	1	2	7	6	7	6	1	2	5	4	5	6	7	6	6	6	6	5	5	4			
13	6	4	2	2	2	2	1	2	5	6	2	2	4	3	3	4	1	2	2	2	2	1	6	6	7	7	3	4	1	2			
14	1	2	2	2	5	5	4	4	2	2	4	6	1	2	5	3	3	3	1	2	2	2	2	3	3	4	1	2	1	3			
Score	66.6	65	58	48	52	60	19	29	77.1	69	29.2	33	66.6	67	62.5	65	23	27	23	29	38	33	64.6	63	75	69	43.7	48	27	33			
15	4	5	7	7	7	7	7	5	7	7	6	7	6	6	6	7	7	6	6	7	7	6	6	6	5	6	4	6	6	6			
16	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	7	6	7	7	5	5	6	6			
17	2	3	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	5	8	6	6	7	7	6	7	6	6	7	7	2	4	3	3	6	6			
Score	55.5	61	100	100	100	100	100	89	100	94	88.8	100	83.3	83	88.8	94	100	94	88.8	94	94	89	94.4	94	61.1	78	50	61	72	72			
18	4	5	5	2	5	5	2	4	6	5	4	4	4	5	3	2	2	3	4	3	3	2	3	4	4	4	2	2	2	3			
19	3	3	6	5	3	4	5	6	3	3	3	4	2	3	4	2	5	7	5	4	5	5	6	6	2	3	4	3	2	2			
20	2	3	3	2	4	2	1	1	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	5	6	4	4	4	5	6	5	2	3	2	3			
21	4	4	5	7	5	5	6	6	6	6	3	4	5	5	5	6	6	5	5	4	5	4	5	4	4	4	2	2	3	2			
Score	37.5	46	63	50	54.2	50	41.6	54	54.2	50	33	42	41.6	50	45.8	33	46	58	62.5	54	54	46	58.3	63	50	50	25	25	21	25			
22	2	4	5	7	6	5	2	2	2	3	7	7	3	3	2	2	6	4	4	5	2	2	6	6	7	7	4	4	2	2			
23	4	3	3	2	4	4	1	1	4	3	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	4	4	2	3	2	3	1	2			
Score	33.3	42	50	58	66.6	58	8	8	33.3	33	58	58	17	25	17	17	50	33	25	42	17	17	66.6	67	58.3	67	33.3	42	8	17			
Total	326	359	448	417	378	368	296	297	420	390	365	378	342	364	364	348	369	368	338	364	342	307	451	453	394	419	252	276	245	275			
Moyenne	54	60	75	70	63	61	49	50	70	65	61	63	57	61	61	58	61	61	56	61	57	51	75	76	66	70	42	46	41	46			
Moyenne tot	57	72	62	49	67	62	59	59	61	59	61	59	54	75	68	44	43																

Annexe IV : Tableau d'extraction des données

Guideline	Perte de poids	Elévation de la tête de lit	Elimination de certains aliments	Détails
1	Des données récentes suggèrent qu'un BMI élevé est un facteur de risque indépendant pour le développement du RGO et l'efficacité clinique du traitement médicamenteux semble être influencé par le surpoids / obésité des patients. La perte de poids ou l'évitement d'une prise pondérale devraient être considérés pour réduire le risque de RGO et obtenir un meilleur résultat du traitement antiacide.	Les patients devraient éviter les repas trop copieux et éviter de se coucher moins de 3h après manger. Les patients devraient dormir avec la tête de lit surélevée (mais peu ou pas d'évidences)	L'ingestion d'aliments gras ou épicés, de chocolat, de café, de menthe poivrée, de citrons et de jus de citron, de tomates, de boissons gazeuses et d'alcool pourrait favoriser la fréquence du reflux et de ses symptômes. Les patients devraient arrêter de fumer (mais peu ou pas d'évidences)	Les modifications hygiéno-diététiques peuvent être bénéfiques pour certains patients avec RGO, mais seules elles sont presque inefficaces pour soulager les symptômes de reflux (GoR B; ExC 100%, SCC 97%)
2	La perte de poids est recommandée pour les patients en surpoids ou qui ont eu un gain de poids récent (évidence modérée) Forte recommandation pour les patients avec un BMI > 25 ou avec un gain de poids récent	L'élévation de la tête de lit et éviter de manger 2-3h avant le coucher est recommandé chez les patients ayant des reflux nocturnes (évidence faible)	L'élimination de certains aliments qui peuvent déclencher le reflux (chocolat, caféine, alcool, tabac, aliments acides / épicés: oranges, tomates et aliments gras) n'est pas recommandé (évidence faible) L'élimination sélective d'aliments peut être considérée chez les patients qui notent une amélioration des symptômes après éviction des aliments concernés	Les interventions hygiéno-diététiques font partie de la thérapie pour le RGO La consommation de tabac, de chocolat et de boissons gazeuses et la position de décubitus droit diminue la pression du SIO (19 études) La consommation d'alcool, de café/caféine, d'aliments épicés / gras, de citron n'ont montré aucun effet (44 études)
3	La perte de poids est recommandée dans le traitement du RGO.	Beaucoup d'études ont montré qu'élever la tête de lit, ainsi que d'éviter de se coucher moins de 3h après un repas copieux / gras pourrait diminuer l'exposition à	Il n'existe pas d'essai clinique randomisé permettant de recommander d'éliminer ou diminuer certains aliments. Des modifications alimentaires individualisées semblent raisonnables	Les changements hygiéno-diététiques devraient être recommandés pour le traitement du RGO (évidence IIB) Avec relativement peu de données disponibles, il est raisonnable de

		l'acidité oesophagienne. Cependant des données sur la réelle efficacité manquent. Il est aussi suggéré que les patients devraient éviter de dormir sur plusieurs coussin, car cela pourrait augmenter la pression abdominale et donc le reflux	pour aider les patients à élucider une cause alimentaire potentielle. Il n'existe pas d'évidence que l'arrêt de l'alcool et du tabac permet de diminuer les symptômes du reflux, bien que le tabac et l'alcool diminuent la pression du SIO. Cependant nous pouvons le recommander pour des raisons de santé évidentes. Les médicaments diminuant la pression du SIO (bloqueurs des canaux calciques, beta-agonistes, etc.) devraient être arrêtés	renseigner les patients sur les facteurs susceptibles de précipiter le reflux. Récemment, l'évidence à montrer que la perte de poids et que le décubitus avaient des issues favorables.(II C) Une autre suggestion anecdotique est que les patients devraient éviter de porter des vêtements serrés au niveau de la taille.
4	Les patients devraient être conseillés par rapport à la perte de poids s'ils sont en surpoids.	Élever la tête du lit et éviter de se coucher peu de temps après le repas sont fréquemment recommandés, mais ont une efficacité limitées pour contrôler les symptômes du RGO.	Les patients devraient être conseillés par rapport à l'arrêt du tabac.(pertinent) Éviter de boire du café /thé ou manger des plats épicés, du poivre, de la menthe poivrée et du citron sont fréquemment recommandés, mais ont une efficacité limitées pour contrôler les symptômes du RGO.	Éviter la perte de poids est pertinent
5	La perte de poids devrait être conseillée chez les patients en surpoids ou obèses (grade B : recommandé avec des preuves suffisantes que cela impacte les résultats)	Élever la tête du lit pour le patients qui sont dérangés par des brûlures d'estomac ou de régurgitations en position couchée. (grade B)	Éviter les repas tardifs, éviter certains aliments spécifiques ou certaines activités spécifiques devraient être adapté à la situation de chacun (grade B) Les patients expérimentant des brûlures d'estomac après l'ingestion d'alcool, de café ou d'aliments épicés vont bénéficier de leur évitement	Il n'est pas recommandé de préconiser des changements hygiéno-diététiques pour tous les patients et de manière non personnalisée. Le problème des recommandations hygiéno-diététiques est qu'elles sont trop nombreuses et chacune est trop étroitement applicable pour appliquer l'ensemble sur chaque patient. Cependant, il est clair que certains patients pourraient bénéficier de modifications hygiéno-diététiques, il est donc de bonne pratique donner ces recommandations aux patient selon leur histoire spécifique

6	Peut être utile pour contrôler les symptômes chez certains patients.	Peut être utile pour contrôler les symptômes chez certains patients.	Peut être utile pour contrôler les symptômes chez certains patients.	<p>Comme la sévérité du RGO varie de manière significative entre les patients, le traitement doit être individualisé. Le but du traitement est de contrôler les symptômes et de prévenir les complications.</p> <p>Les mesures hygiéno-diététiques n'ont pas démontré d'effets significatifs dans la guérison du RGO. Un régime alimentaire strict inutile ne doit pas être imposé au patient.</p>
7	<p>Un BMI ≥ 25 est un facteur de risque pour le RGO érosif. La perte de poids améliore les reflux post-prandiaux et diminue le temps de pH < 4</p>	<p>Dormir avec la tête surélevée de 15cm est associée avec une exposition à l'acidité plus basse qu'en position horizontale. L'élévation de la tête de lit de 28cm réduit le nombre d'épisodes de reflux et diminue le temps d'exposition à l'acidité avec un pH < 5</p> <p>Travailler dans une position inclinée constitue un facteur de risque pour le RGO non-érosif. Les épisodes de reflux sont déclenchés par la position. L'activité physique semble avoir un effet protecteur sur le RGO. Un temps court entre le repas et le coucher est associé avec une augmentation du RGO, particulièrement lorsqu'en-dessous de 3h</p> <p>Plus tard est le repas, plus haut est le taux de reflux, particulièrement chez les patients obèses.</p>	<p>L'habitude de consommer des sucreries et du pain blanc est associé avec des symptômes de reflux. L'habitude de consommer des fruits est associée avec un effet protecteur sur les symptômes de reflux. L'ingestion de protéines est associée au RGO érosif et l'ingestion de fibres est associée à une diminution du risque de RGO.</p> <p>Un régime riche en graisse n'augmente pas le nombre d'épisodes de reflux ou l'exposition de l'oesophage à l'acidité. La consommation de café est associé au RGO. La consommation fréquente d'alcool est un facteur de risque pour le RGO érosif et provoque des symptômes de reflux.</p> <p>Fumer est un facteur de risque pour le RGO. L'arrêt du tabac réduit en 24h le nombre de reflux, mais n'affecte pas l'exposition totale à l'acidité.</p> <p>Le stress est un facteurs de risque pour le RGO</p>	<p>Après vote, 92% des participants à la rédaction de cette recommandation estimaient que les modifications hygiéno-diététiques devaient être recommandées aux patients (grade B)</p> <p>La non-occurrence d'information cohérent concernant les mesures hygiéno-diététiques n'empêche pas d'évaluer la pertinence de prodiguer ces conseils selon les cas des patients.</p> <p>L'élévation de la tête de lit et maintenir un interval de temps entre le dernier repas et le coucher, pour l'instant sont recommandés.</p>
8				Les modifications hygiéno-diététiques pourraient être bénéfiques malgré cela

				<p>ces changements seuls ne suffisent pas pour contrôler les symptômes chez la majorité des patients.</p> <p>Renseigner le patient par rapport aux facteurs pouvant précipiter le reflux reste raisonnable.</p>
9	<p>L'obésité est un facteur de risque pour le reflux, cependant, l'amélioration des symptômes après une perte de poids est variable. Malgré tout grâce aux effets bénéfiques sur la santé, la perte de poids chez les patients obèses devrait être encouragée, mais le traitement ne devrait pas être centré uniquement sur cela.</p>	<p>L'élévation de la tête du lit peut être bénéfique pour les patient ayant des symptômes nocturnes et laryngique marqués, mais n'est pas utile autrement et peut être inutilement inconvenient. Un oreiller est préférable car cause moins de dérangements pour les partenaires.</p>	<p>Des conseils alimentaires stricts non nécessaires amènent à la non-compliance.</p> <p>Les patients identifient souvent des aliments provoquant les symptômes de reflux. Les plus courants: aliments gras / épicés, cola, café (en excès), jus de tomate et d'orange.</p> <p>Éviter les repas tardifs ou copieux, éviter de se coucher peu de temps après le repas, éviter de porter des vêtements serrés sont des mesures qui peuvent aider à diminuer les symptômes.</p> <p>La consommation excessive d'alcool peut aggraver les symptômes et devrait être réduite. Les boissons avec un pH bas comme le vin peuvent exacerber les symptômes. La consommation modérée d'alcool est raisonnable dans la plupart des cas.</p> <p>Certains médicaments (anticholinergiques, bloqueurs des canaux calciques, etc.) peuvent exacerber le reflux. L'aspirine et les AINS peuvent empirer l'oesophagite.</p> <p>Le tabac aggrave le reflux et augmente le risque de cancer de l'oesophage et d'autres formes de cancer. L'arrêt du tabac fait partie du plan de santé général.</p>	<p>Les mesures hygiéno-diététiques n'ont pas été évaluées de manières adéquate dans les essais cliniques. Cependant certaines modification sont raisonnables.</p> <p>Chez les patients avec des symptômes légers et occasionnels, ces changements et l'utilisation d'antiacides ou d'H2 récepteurs antagonistes est parfois suffisante.</p> <p>Chez les patients avecdes symptômes significatifs, ces mesures sont complémentaires à une médicaments appropriée, car montrent qu'il y a une efficacité faible dans l'apaisement des symptômes et nulle dans la guérison.</p>

10	<p>La perte de poids pourrait diminuer le reflux lié au stress.</p>	<p>Surrélever la tête du lit des patients diminue le contact de l'oesophage avec l'acidité pendant la nuit.</p>	<p>Les patient devraient éviter les aliments gras et les repas copieux qui augmentent l'exposition de l'oesophage à l'acidité et ne devraient pas manger moins de 3h avant de se coucher</p>	<p>Les modification du style de vie restent la pierre angulaire de la thérapie initiale du RGO. Ces modifications devraient être discutées et encouragées à chaque opportunité. Cependant l'efficacité clinique des changements hygiéno-diététiques seuls reste limitée et compter sur les modifications HD seules résulte souvent au maintien des symptôme et à un mauvaise impact sur la qualité de vie. La plupart des patients requièrent un traitement supérieur.</p>
11	<p>L'augmentation des symptômes de reflux touchent les personnes qui prennent du poids. Un BMI élevé est associé à une augmentation du risque de RGO.</p> <p>Il y a une relation entre obésité et RGO. Un BMI ou un tour de taille plus élevé ou un gain de poids sont associés avec la présence de symptômes et les complications du RGO, y compris l'oesophage de Barrett.</p> <p>La perte de poids chez les patients en surpoids ou obèses est associée avec une amélioration du RGO. La perte de poids contrôlée chez les patients obèses ou en surpoids est une part importante du traitement à long terme du RGO et ne</p>		<p>Un apport journalier riche en graisses est lié à un haut risque de RGO et d'oesophagite érosive.</p> <p>Les boisson gazeuses sont un facteur de risque pour les brûlures d'estomac pendant le sommeil chez les patients avec RGO</p> <p>Le rôle du café comme facteur de risque dans le RGO n'est pas clair. Il pourrait augmenter les douleurs d'estomac chez certains patients, mais les mécanismes ne sont pas connus et pourraient être dus à la caféine et non au café en lui-même. Le café n'est pas un facteur de risque dominant.</p> <p>Le rôle de l'alcool comme facteur de risque n'est pas clair. La consommation excessive à long terme pourrait être associée à la progression de la malignité oesophagienne, mais cela pourrait être indépendant de l'effet de l'alcool sur le RGO. Idem pour le tabac. → plusieurs études montrent un bénéfice à arrêter de fumer /alcool, mais les évidences sont limitées. Idem pour la taille du repas, le</p>	<p>Les principe de base du traitement du RGO sont les modification du style de vie et la réduction l'acidité oesophagienne par traitement médicamenteux</p> <p>Chez certains patients, les ballonnements ou la constipation pourrait être associés à l'augmentation du risque de RGO ou de symptômes de reflux.</p> <p>→ sources limitées</p>

	devrait pas être ignoré comme elle peut réduire la fréquence et l'intensité des symptômes et diminuer la gravité de l'oesophagite érosive si elle est présente		timing du repas et l'éviction de certains aliments (boissons gazeuses, caféine, graisse, aliments épicés, chocolat, menthe)	
12	La perte de poids réduit la durée de l'exposition oesophagienne à l'acidité et améliore les symptômes de reflux.	Le décubitus latéral droit ou la position allongée réduisent la pression du SIO et/ou prolongent l'exposition à l'acidité. Le décubitus latéral gauche augmente la pression du SIO et l'élévation de la tête de lit réduit la durée de l'exposition oesophagienne à l'acidité et améliore les symptômes de reflux.	Le tabac, le chocolat, les boissons gazeuses, l'alcool et les aliments gras pourraient diminuer la pression du SIO et/ou prolonger l'exposition à l'acidité.	Les modifications du style de vie de même que le traitement de PPI est efficace car des facteurs HD provoquent l'acidité. Cependant, il y peu d'évidence que les changements HD améliorent les symptômes de reflux. Modification HD + PPI ont une amélioration significative sur les symptômes de reflux
13				Les modification du style de vie avec ou sans antiacides ou H2RA ne sont pas effectifs pour le traitement des symptômes de reflux fréquents ou sévères (II-2, A vote 68%). Même si tous les patients devraient être renseignés sur les facteurs qui pourraient péjorer les symptômes de RGO, les modifications du mode de vie à elles seules apportent généralement un soulagement insuffisant à la plupart des patients souffrant de RGO. Il y a quelques données sur l'efficacité des modifications du style de vie chez les patients ayant un RGO léger, mais l'expérience clinique suggère qu'elles peuvent être bénéfiques s'il y a d'évidents précipitants diététiques ou pharmacologique ou de l'obésité, du tabac ou de la consommation excessive d'alcool.

14	La réduction du poids chez les patients en surpoids ou obèses est effective dans le contrôle des symptômes, bien que des données sur l'effet à long terme soient limitées (accord 100%, qualité d'évidence modérée, recommandation forte)	L'élévation de la tête du lit est un changement effectif dans la gestion du RGO (selon une revue systématique de 2006)	-	
15	La perte de poids devrait être encouragée chez les patients en surpoids ou obèses avec un RGO (A/3a)	L'élévation de la tête de lit pour les patients qui sont dérangés par des brûlures d'estomac ou des régurgitations en position couchée est recommandées (A 2b)	<p>Éviter les repas tardifs, éviter certains aliments spécifiques ou certaines activités spécifiques devraient être conseillé selon les circonstances individuelles du patient (A 2b)</p> <p>Certains aliments (chocolat, alcool, menthe poivrée, café et peut-être les oignons et l'ail) sont connus pour diminuer la pression du SIO bien qu'il manque des essais randomisés pour tester l'efficacité de ces manœuvres.</p>	<p>Enseigner aux patients les facteurs pouvant précipiter le reflux reste raisonnable. Beaucoup d'études montrent qu'élever la tête du lit, diminuer l'apport en graisses, arrêter de fumer et éviter de se coucher moins de 3h après le repas diminue l'exposition de l'oesophage à l'acidité, bien que la réelle efficacité de ces modifications n'a presque pas été documentée (manque de données). Beaucoup d'auteurs supposent que 20-30% des résultats des modifications hygiéno-diététiques sont liées à un effet placebo, mais cela n'a pas été testé rigoureusement.</p> <p>Le potentiel effet négatif des changements hygiéno-diététiques dans la qualité de vie du patient n'ont pas été examinés.</p>

Annexe V : Protocole du travail de Bachelor

Protocole de Travail de Bachelor

Reflux gastro-œsophagien et ulcère gastrique : Quelles recommandations de prise en charge nutritionnelle ?

Carmen Monney & Pauline Erard

Décembre 2018

Directrice Tbsc : Corinne Jotterand Chaparro



Table des matières

Résumé.....	63
Introduction.....	64
Problématique.....	65
But et objectifs.....	65
Question de recherche.....	65
Méthode.....	66
Stratégie de recherche et sélection des articles	66
Mots clés :	66
Équations de recherche.....	66
Critères d'inclusion et d'exclusion	67
Analyse de la qualité des recommandations	67
Extraction des données	67
Analyse des données	67
Déroulement.....	68
Bénéfices et risques.....	68
Budget et ressources	68
Bibliographie.....	69
Annexe I : grille d'analyse qualité de l'HAS .	Erreur ! Signet non défini.
Annexe II: Tableau récapitulatif d'extraction des données	Erreur !
Annexe III: Gantt.....	Erreur ! Signet non défini.

Résumé

Notre travail de Bachelor vise à regrouper les différentes recommandations de prise en charge nutritionnelle du reflux gastro-œsophagien (RGO) ainsi que de l'ulcère gastrique.

La question de recherche est la suivante : « Reflux gastro-œsophagien et ulcère gastrique : quelles recommandations de prise en charge nutritionnelle ? »

Le RGO est une pathologie courante qui touche 20 à 40% de la population (1). Cette pathologie se rapporte à une incapacité du sphincter inférieur œsophagien à refouler le contenu gastrique. Ses symptômes sont le pyrosis (sensation de brûlure rétro-sternale ascendante) et les régurgitations. Les complications sont nombreuses comme l'ulcère gastrique (4).

L'ulcère gastrique, moins courant, mais plus grave touche 0,2% de la population (4). L'ulcère gastrique est une destruction de matière de la muqueuse et de la sous-muqueuse de l'estomac après attaque de la couche protectrice par le suc gastrique formant une lésion de la paroi. Ses symptômes sont des douleurs et crampes gastriques lors de prise alimentaire et phase de digestion. Les complications sont également multiples pouvant aboutir à une péritonite (4).

La place de la nutrition dans le traitement de ces deux pathologies est importante, mais peu connue. En effet, l'hygiène de vie est déterminante dans la prise en charge des patients hospitalisés ou non pour ces deux maladies, mais les recommandations nutritionnelles peuvent différer d'un professionnel à un autre.

Lors de ce travail, nous désirons rechercher et analyser les différentes recommandations nutritionnelles dans le but de réaliser un document de synthèse afin d'obtenir un consensus pour la prise en charge du RGO et des ulcères gastriques. Idéalement, nous aimerions réaliser un guide de bonne pratique pour la prise en charge nutritionnelle afin de le proposer aux différents professionnels de la santé.

Une revue de littérature systématique sera réalisée à l'aide des bases de données PubMed, Cinhal et Cochrane Library ainsi que le moteur de recherche Google Scholar et les sites internet des sociétés savantes telles que l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP).

Les critères d'inclusions d'études seront larges afin de nous permettre d'obtenir de nombreux résultats. Cependant, nous tiendrons compte de leur date de publication. La langue est un critère d'exclusion. En effet, nous ne retiendrons que les articles en français et en anglais. Les avis d'expert seront acceptés en français, anglais, allemand/suisse-allemand et italien.

Grâce à la grille AGREE l'HAS, nous pourrons analyser les données recueillies.

Le bénéfice de notre travail sera une meilleure prise en charge nutritionnelle des patients.

Notre budget sera utilisé pour l'impression ainsi que la reliure de notre travail de Bachelor une fois fini.

Introduction

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) et l'ulcère gastrique sont deux pathologies qui touchent une proportion importante de la population et qui nécessitent toutes deux adaptations de l'alimentation.

Le RGO est une pathologie courante qui touche 20 à 40% de la population (1). Cette pathologie se rapporte à une incapacité du sphincter inférieur œsophagien à refouler le contenu gastrique. Certaines causes sont liées à l'hygiène de vie, notamment la consommation de tabac ou d'alcool ou encore l'obésité (2 ;3)

Ses symptômes sont le pyrosis (sensation de brûlure rétro-sternale ascendante) et les régurgitations.

La complication la plus fréquente est l'œsophagite qui peut se compliquer en hémorragie digestive, en ulcère de l'œsophage ou encore en œsophage de Barrett (4). Cette dernière complication peut entraîner des lésions précancéreuses et nécessite des examens de contrôle (3). Il existe plusieurs types de traitements pour cette pathologie, notamment les médicaments, la chirurgie, les traitement endoscopiques et les règles hygiéno-diététiques.

Le RGO est une affection bénigne, cependant 75% des patients traités ont des récurrences 5-10 ans après (3).

L'ulcère gastrique, moins courant, mais plus grave touche 0,2% de la population (4). L'ulcère gastrique est une destruction de matière de la muqueuse et de la sous-muqueuse de l'estomac après attaque de la couche protectrice par le suc gastrique formant une lésion de la paroi. Les causes les plus fréquentes sont la colonisation de la muqueuse par *Helicobacter pylori* et la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdiens. Ses symptômes sont des douleurs et crampes gastriques lors des prises alimentaires et la phase de digestion. Ces douleurs peuvent être accompagnées de nausées et vomissements (4).

Les complications sont également multiples : hémorragie, perforation de la paroi gastrique ou dans le cas le plus grave, une péritonite (2).

Plusieurs traitements existent selon l'étiologie de l'ulcère gastrique, notamment les inhibiteurs de la pompe à proton, l'antibiothérapie contre l'*Helicobacter pylori* ou encore des règles hygiéno-diététiques (5).

Son pronostic se fera par fibroscopie oeso-gastro-duodénale, puis un prélèvement sera effectué pour déterminer la nature de l'ulcère.

La place de la nutrition dans le traitement de ces deux pathologies est importante, mais peu connue. En effet, l'hygiène de vie est déterminante dans la prise en charge des patients hospitalisés ou non pour ces deux maladies, rendant les diététicien(ne)s acteurs majeurs de la prise en charge de ces patients.

La prise en charge nutritionnelle dans le cadre du RGO ainsi que de l'ulcère gastrique va permettre de limiter les symptômes voir les faire disparaître, mais aussi prévenir les complications éventuelles.

Cependant, les recommandations nutritionnelles peuvent différer d'un professionnel à un autre. Ce manque de consensus complique le choix de prise en charge nutritionnelle des professionnels de la nutrition.

Les patients atteints de ces deux pathologies verront de nombreux professionnels de la santé comme des médecins, des infirmières, des aides-soignants, des gastro-entérologue et des diététiciens. Il arrive parfois que chacun de ces acteurs donnent

des conseils nutritionnels grâce à leur expérience professionnelle. Cependant, il existe de nombreuses idées reçues pour la nutrition dans la guérison de ses pathologies. De ce fait, nous désirons réaliser ce travail de Bachelor afin de faire ressortir les recommandations issues de preuves scientifiques.

Lors de ce travail, nous allons rechercher et analyser les différentes recommandations nutritionnelles dans le but de réaliser un document de synthèse pour la prise en charge du RGO et des ulcères gastriques.

Problématique

Notre problématique est qu'il n'existe pas de consensus étant donné que le traitement diététique de ces deux pathologies sont basées sur l'hygiène de vie. Les adaptations hygiéno-diététiques sont difficiles à évaluer car les résultats dépendent souvent de la sensibilité individuelle du patient.

Comme explicité dans la présentation des pathologies, leur prévalence est fréquente et peuvent avoir de lourdes conséquences. Les symptômes, comme les douleurs intestinales, les nausées et vomissements dans le cas de l'ulcère gastrique et le pyrosis dans le cas du RGO peuvent altérer la prise alimentaire, provoquer une anorexie et augmentent le risque de dénutrition, en particulier chez les patients hospitalisés. Une prise en charge nutritionnelle est donc essentielle.

Un guide de référence sur les méthodes de prises en charge diététique manque pour conseiller et soigner les patients de façon optimale.

But et objectifs

Le but de notre travail est de regrouper les différentes recommandations nutritionnelles concernant le RGO et l'ulcère gastrique et d'en ressortir les points clefs afin de proposer un consensus sur la prise en charge nutritionnel des patients souffrant d'une de ces pathologies.

Nos objectifs sont :

- De faire une synthèse des recommandations sur la prise en charge nutritionnelle de ces deux pathologies et de les comparer afin de voir s'il y a un consensus
- Si les recommandations divergent, nous allons rechercher des études montrant l'efficacité des différentes méthodes recommandées
- Enfin, si le temps le permet, nous aimerions réaliser un guide de bonne pratique pour la prise en charge nutritionnelle de ces deux pathologies

Question de recherche

Reflux gastro-œsophagien et ulcère gastrique : quelles recommandations de prise en charge nutritionnelle ?

Méthode

Type d'étude

Pour répondre à notre question de recherche, nous allons effectuer une revue de littérature systématique afin de regrouper les différentes recommandations existantes.

Si les recommandations ne vont pas dans le même sens, nous allons rechercher des études observationnelles sur les différentes prises en charge nutritionnelles préconisées.

Stratégie de recherche et sélection des articles

Pour commencer notre sélection, nous allons utiliser les bases de données électroniques PubMed, Cinhal et la Cochrane Library. Nous allons sélectionner les articles intéressants selon le titre, puis d'après la lecture de l'abstract et enfin d'après la lecture entière de l'article.

Nous avons aussi décidé d'utiliser le moteur de recherche Google Scholar afin d'élargir nos recherches. Nous utiliserons la même méthode que celle citée ci-dessus pour la sélection des articles. Enfin, nous allons directement rechercher ce que préconisent les sociétés savantes telles que l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolisme (ESPEN), la Haute Autorité de Santé (HAS) ou encore la Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP) et éventuellement les avis d'expert des hôpitaux universitaires et régionaux suisses. Nous songeons également, si le temps le permet, à contacter des diététiciennes en clinique afin de connaître leur façon de prendre en charge les patients atteints de RGO ou ulcère gastrique.

Afin de cibler notre recherche, nous avons listé les mots-clés que nous utiliserons sur les différentes bases de données et moteurs de recherches.

Nous décidons d'utiliser des mots-clés libres et de ne pas intégrer une limite de date de publication, toujours dans le but d'élargir notre recherche.

Mots clés :

- Gastroesophageal reflux
- Diet therapy
- Stomach ulcer
- Peptic ulcer
- Guidelines
- Life style
- Signs and symptoms
- Physiopathology
- Nutritional management
- Nutrition

Équations de recherche

Voici deux tableaux présentant nos équations de recherche pour les recommandations nutritionnelles des deux pathologies étudiées :

Ulcère gastrique		
PubMed	Cinhal	Cochrane Library
Stomach ulcer AND guidelines	Peptic ulcer AND diet therapy OR guidelines	Stomach aches AND diet therapy
Stomach ulcer AND diet therapy	Peptic ulcer AND nutritional management	Stomach ulcer AND guidelines
Stomach ulcer AND life style	Peptic ulcer AND practice guidelines	

Tableau 1: équations de recherche des recommandations nutritionnelles de l'ulcère gastrique

RGO		
PubMed	Cinhal	Cochrane Library
Gastroesophageal reflux AND diet therapy	Gastroesophageal reflux AND diet therapy AND guidelines	Gastroesophageal reflux disease AND diet therapy
Gastroesophageal reflux AND guidelines	Gastroesophageal reflux AND diet therapy	Gastroesophageal reflux disease AND guidelines
Gastroesophageal reflux AND life style	Gastroesophageal reflux AND practice guidelines	

Tableau 2: équations de recherche des recommandations nutritionnelles du reflux gastro-oesophagien

Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons choisi des critères d'inclusion larges afin d'inclure le maximum de recommandations. Pour faire partie de notre recherche, les publications devront proposer une prise en charge nutritionnelle d'une des deux pathologies que nous allons étudier.

Nous incluons les guidelines sans tenir compte de leur date de publication.

Nous excluons toutes les guidelines qui ne sont pas en français ou anglais, excepté pour les avis d'experts des hôpitaux suisse-allemands et tessinois qui seront analysés en allemand et en italien.

Analyse de la qualité des recommandations

Pour analyser la qualité des guidelines et des avis d'expert, nous allons utiliser la grille AGREE de l'HAS (Annexe II). Cette grille comprend 6 domaines : le champ et objectifs, la participation des groupes concernés, la rigueur d'élaboration de la recommandation, la clarté et présentation, l'applicabilité et l'indépendance éditoriale.

Extraction des données

Après lecture des articles sélectionnés, nous allons saisir les différentes prises en charge recommandées dans un tableau récapitulatif. Ce tableau nous permettra de mettre clairement en évidence les recommandations et facilitera leur comparaison (Annexe II).

Analyse des données

Après avoir extrait les données, nous allons les comparer afin de faire ressortir les différences et similarités des recommandations. Nous réaliserons enfin un résumé sous forme de guide permettant de faciliter la prise en charge nutritionnelle des patients souffrant de l'une des deux pathologies étudiées.

Déroulement

Nous avons fait un GANTT pour programmer le déroulement de notre travail (Annexe III).

Bénéfices et risques

Le bénéfice de ce travail sera une facilitation de prise en charge nutritionnel du RGO et de l'ulcère gastrique par la mise en avant des recommandations nutritionnelles fiables et documentées.

N'ayant pas pour projet de faire une étude incluant des participants ou des patients, nous ne voyons pas de risques découlant de ce travail.

Budget et ressources

Dans notre budget, nous devons prendre en compte l'impression et la reliure du travail de Bachelor, l'achat d'articles payant, en tenant compte que la HEdS nous finance dix articles par étudiants soit 20 articles pour notre binôme. Nous pouvons aussi prendre en compte l'impression éventuelle des articles que nous allons analyser.

En ce qui concerne les ressources, nous pourrions compter sur notre directrice de Bachelor, Mme Corinne Jotterand Chaparro, la responsable du module Mme Maaïke Kruseman et M. Jean-David Sandoz, bibliothécaire. Nous aurons aussi la possibilité de collaborer avec Lisa Descombes et Mélanie Brigueat, étudiantes en Nutrition et diététique rédigeant un travail de Bachelor avec une méthodologie similaire à la notre.

Les moteurs de recherche et Zotero font également partie de nos ressources.

Bibliographie

- (1) HUG. La dyspepsie [Internet]. Hôpitaux universitaires genevois. [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/document_s/infos_soignants/dyspepsie_2010df.pdf
- (2) Ottenjann R, Elster K, Cohen S, éditeurs. Atlas of Diseases of the Upper Gastrointestinal Tract / Atlas de Pathologie des. Smith Kline & French International Co; 1980. 372 p.
- (3) Reflux gastro-œsophagien (RGO) | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/reflux-gastro-oesophagien-rgo>
- (4) Balian A. Hepato-Gastro Enterologie : Médicale et chirurgicale. 7e édition. Paris: Editions Vernazobres-Grego; 2010. 627 p.
- (5) Ulcère de l'estomac et ulcère du duodénum | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/ulcere-de-lestomac-et-ulcere-du-duodenum#ga115>
- (6) Netgen. Le reflux gastro-oesophagien : attitude pratique [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-54/31071>
- (7) SYSTÈME DIGETIF [Internet]. [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <http://amar-constantine.e-monsite.com/pages/anatomie-physiologie/anatomie-du-systeme-digestif.html>
- (8) Cancers et ulcères gastriques [Internet]. Institut Pasteur. 2015 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancers-ulceres-gastriques>